



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

GRADO EN PSICOLOGÍA

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2024/2025

Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de intervención.

Título: Drogodependencia y motivación al cambio: Programa de intervención en población penitenciaria.

Autora: Lydia Maciá Bernabéu

Tutora: Estefanía Estévez López

Elche, a 6 de junio de 2025

Tabla de Contenido

Resumen	3
Introducción	4
Tabla 1. Etapas del Modelo Transteórico del Cambio	7
Método	8
Participantes	8
Variables e Instrumentos	8
Policonsumo	8
Motivación al Cambio	9
Procedimiento	9
Propuesta de Intervención	10
Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
Tabla 2. Cronograma de las sesiones del programa	11
Sesión 1: Presentación del programa y diagnóstico inicial	12
Sesión 2: Comprendiendo el consumo y su impacto	13
Sesión 3: Pros y contras del cambio.	14
Sesión 4: Visualizando un futuro sin drogas.	15
Sesión 5: Planificando el cambio.	16
Sesión 6: Superando obstáculos.	17
Sesión 7: Fortaleciendo el autocontrol.	18
Sesión 8: Habilidades para hacer frente al consumo.	19
Sesión 9: Comprensión y prevención de recaídas.	20
Sesión 10: Evaluación y reflexión final.	21
Discusiones y Conclusiones	22
Referencias	24
Anexos	28
Anexo A	28
Anexo B	29
Anexo C	30
Anexo D	30
Anexo F	31
Anexo G	31
Anexo H	32
Anexo I	32
Anexo J	33
Anexo K	33
Anexo L	34
Anexo M	34
Anexo N	35
Anexo O	35

Resumen

El consumo de drogas en el ámbito penitenciario español constituye una problemática alarmante, con tasas significativamente más altas que en la población general. Estudios recientes indican que un alto porcentaje de los internos consume drogas dentro de prisión, lo que incrementa el riesgo de enfermedades infecciosas, trastornos mentales y reincidencia delictiva. A pesar de la existencia de programas institucionales, muchos reclusos no acceden a tratamiento o lo abandonan, esto es debido en parte por la falta de motivación personal al cambio. Por ello, este trabajo propone un programa de intervención, basado en el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska & DiClemente, 1992), que adapta las técnicas terapéuticas a las diferentes fases motivacionales. El programa, dirigido a internos hombres con historial de policonsumo, consta de diez sesiones grupales que combinan psicoeducación, técnicas cognitivas, entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas y evaluación pre-post con instrumentos validados (ASSIST, URICA). Las conclusiones destacan la viabilidad del programa y prevén cumplir con el objetivo de fomentar el proceso de cambio de los participantes.

Palabras clave: drogodependencia, población penitenciaria, intervención grupal, motivación al cambio, Prochaska y Diclemente.

Abstract

Drug use in the Spanish prison environment is an alarming problem, with significantly higher rates than in the general population. Recent studies indicate that a high percentage of inmates use drugs inside prison, which increases the risk of infectious diseases, mental disorders and criminal recidivism. Despite the existence of institutional programs, many inmates do not access treatment or abandon it, this is partly due to the lack of personal motivation to change. Therefore, this paper proposes an intervention program, based on the Transtheoretical Model of Change (Prochaska & DiClemente, 1992), which adapts therapeutic techniques to the different motivational phases. The program, aimed at male inmates with a history of polydrug use, consists of ten group sessions that combine psychoeducation, cognitive techniques, training in social skills, relapse prevention and Pre-post evaluation with validated instruments (ASSIST, URICA, DTCQ). The conclusions highlight the viability of the programme and envisage meeting the objective of encouraging the process of change of the participants.

Key words: drug dependence, prison population, group intervention, motivation for change, Prochaska and Diclemente.

Introducción

El consumo de sustancias en España es uno de los principales problemas de salud pública, afectando a diversos sectores de la sociedad. Es importante recordar que la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1969) definió la droga como “toda sustancia introducida en un organismo vivo que puede modificar una o varias de sus funciones” (p. 6), y desde entonces, este fenómeno ha ido evolucionando, adaptándose a los cambios sociales, económicos y culturales. En la actualidad, según los datos más recientes de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España - EDADES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD], 2024), el cannabis es la sustancia ilegal más consumida, con una prevalencia del 12,6% en los últimos 12 meses, en personas de edades de entre 15 y 64 años. A esta sustancia le sigue la cocaína (un 2,5%), el éxtasis y las anfetaminas (1%).

En el contexto penitenciario, la problemática del consumo de drogas es especialmente compleja. La Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Instituciones Penitenciarias - ESDIP (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2022a), realizada por el Ministerio de Sanidad, indica que las tasas de consumo de drogas ilegales son elevadas entre la población reclusa, siendo más altas en hombres, ya que las mujeres tienden a reducir más su consumo en prisión. Según esta encuesta, el 75,1% de las personas privadas de libertad ha consumido drogas ilegales alguna vez en libertad, el 58,9% en el último año, el 53,5% en el último mes y, un 16,8% en los últimos 30 días dentro del centro. Además, el OEDA (2022b) destaca como muy frecuente el uso de sustancias en las prisiones españolas.

Caravaca et al. (2015) destacan que el 59,9% de los internos encuestados había consumido alguna droga en los últimos seis meses. Clua-García et al. (2019) señalan que muchos reclusos afirman que el consumo de sustancias les ayuda a adaptarse al entorno carcelario. En prisión, uno de los patrones más comunes es la politoxicomanía, es decir, el uso simultáneo de varias sustancias con preferencia por una (Markez e Íñigo, 2012). Este patrón ha sido corroborado por estudios como los de Bengoa et al. (2012), quienes indican que los reclusos combinan drogas como benzodiacepinas, heroína, cannabis o cocaína. Asimismo, Martín (2008) revela que el 88,8% de los internos jóvenes consume drogas de forma combinada.

El consumo de drogas tiene graves consecuencias no solo a nivel individual, sino también en los ámbitos sanitario y social. Aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas como el VIH (14,6%), hepatitis C (13,6%) y hepatitis B (1,1%), además de trastornos mentales graves (ESDIP, 2022). Arroyo y Ortega (2009) respaldan la existencia de una relación bidireccional entre la drogodependencia y los trastornos de la personalidad.

En el plano judicial, se plantea la necesidad de analizar la posible relación entre la drogodependencia y la conducta delictiva. Cabrera (2010) indica que España tiene la tasa más alta de Europa occidental de personas privadas de libertad por delitos contra la salud pública, relacionados en gran medida con drogas. Wright et al. (2011) señalan que los consumidores tienen mayor probabilidad de ser encarcelados que la población general.

Rodríguez Díaz et al. (1997) añaden que esta relación puede explicarse por dos razones: la necesidad de financiar su adicción mediante robos y actos violentos, y la elevada incidencia de delitos contra la salud pública.

Un estudio llevado a cabo por Junginger et al. (2006) revela que el 19% de los delitos son cometidos bajo los efectos de sustancias, y un 8% están vinculados indirectamente al consumo, al haberse cometido para financiarlo. Esta relación bidireccional entre drogas y delitos es respaldada por Esbec y Echeburúa (2016).

Además, la encuesta ESDIP (2022) destaca el inicio precoz del consumo entre personas privadas de libertad. Junginger et al. (2006) califican este inicio temprano como una “meta-variable” que incide en otras conductas delictivas futuras. En la misma línea, Martínez (2019) confirma que el consumo a edades tempranas incrementa la probabilidad de delinquir en la etapa adulta.

Frente a la problemática del consumo de sustancias y su relación con la criminalidad, el artículo 25.2 de la Constitución Española de 1978 establece que las penas privativas de libertad deben orientarse a la reeducación y reinserción social, por lo que las instituciones penitenciarias deben abordar esta cuestión. En este sentido, el artículo 116 del Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996) garantiza el derecho de los internos con dependencia de sustancias psicoactivas a acceder, si lo desean, a programas de tratamiento y deshabituación dentro del centro penitenciario.

En esta línea, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, bajo el Ministerio del Interior, ha desarrollado un Programa General de Intervención con Drogodependientes, que incluye cinco líneas de actuación diferentes.

En primer lugar, destaca el *Programa de Prevención y Educación para la Salud*, cuyo objetivo es sensibilizar a los internos sobre los efectos nocivos que están asociados a la drogadicción. A través de la difusión de información, este programa tiene como meta prevenir el inicio del consumo entre la población reclusa.

El *Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)* se centra específicamente en el consumo de drogas inyectadas, como la heroína. Su objetivo fundamental es facilitar a los internos jeringuillas estériles para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas como VIH y hepatitis, que como se menciona en la encuesta (ESDIP, 2022), son una de las principales consecuencias de la drogadicción en el entorno penitenciario.

A continuación, se encuentra el *Programa de Tratamiento con Metadona*, que al igual que el anterior, está dirigido a internos con dependencia a opiáceos, como la heroína. Se trata de un tratamiento sustitutivo que busca reducir los riesgos asociados a esta sustancia, al mismo tiempo que favorece la estabilización física y psicológica de los reclusos.

El *Programa de Deshabitación* tiene como objetivo principal ayudar a los internos a abandonar el consumo de sustancias adictivas. Este programa combina tratamiento farmacológico para tratar la dependencia física con intervenciones para tratar la psicológica.

Finalmente, el *Programa de Reincorporación Social* está diseñado para facilitar la transición de los internos de vuelta a la sociedad. Su objetivo es asegurar una reintegración exitosa, apoyando a los reclusos en su adaptación a la vida en libertad y promoviendo su inclusión social (Institución Penitenciaria, s.f.).

A pesar del esfuerzo por parte de las instituciones, los resultados no siempre son satisfactorios. Un estudio realizado por la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) muestra que un 54,3% de las personas reclusas que participaron en la encuesta están recibiendo algún tipo de tratamiento. Sin embargo, el 43,3% indicó no estar en ningún tipo de proceso.

Además, entre quienes sí están en tratamiento, un 20,4% participa en grupos terapéuticos dentro del centro, mientras que un 18,8% recibe únicamente tratamiento farmacológico (Martínez Perza et al., 2021). Según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2023), sólo el 49% de los reclusos que seguían tratamiento antes del ingreso continuaron el mismo en prisión y, de ellos, el 46% abandonó de forma voluntaria dicho tratamiento antes de recibir el alta médica.

Estos datos evidencian que, si bien existen programas y recursos actuales, muchos de ellos no logran una adherencia real por parte de los reclusos. En este sentido, se observa que la mayoría de las intervenciones pasan por alto un elemento esencial para el cambio: la motivación personal del individuo. Ya que, como señala la Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones (Becoña y Cortés, 2008), la motivación debe integrarse explícitamente en el plan de cualquier intervención. Además, autores como Miller y Heather (1998) advierten que la “falta de motivación” es una de las principales barreras para los avances terapéuticos.

En este sentido, el modelo transteórico del cambio (Prochaska y DiClemente, 1992) se presenta como una herramienta útil para guiar el diseño de intervenciones eficaces en el tratamiento de las adicciones. Se trata de una teoría validada en la psicología de la salud y particularmente útil en el tratamiento de las adicciones.

Este modelo distingue cinco fases por las que suele transitar una persona, según su nivel de motivación en su proceso de cambio.

Tabla 1*Etapas del Modelo Transteórico del Cambio*

Etapa	Descripción
Precontemplación	En esta etapa, la persona no reconoce que tiene un problema con el consumo y, por tanto, no considera la necesidad de modificar su conducta.
Contemplación	Comienza a emerger una conciencia del problema. La persona se plantea la posibilidad de cambiar, evaluando los pros y contras del consumo.
Preparación	El individuo asume un compromiso más claro hacia el cambio. Comienza a hacer pequeños ajustes en el consumo, sin llegar aún a la abstinencia total.
Acción	Implica una transformación activa. La persona toma medidas concretas para dejar el consumo y trabaja en el cambio de su estilo de vida.
Mantenimiento	El objetivo es consolidar los cambios y prevenir recaídas. Se refuerzan las nuevas conductas y se desarrollan estrategias para manejar situaciones de riesgo.

Nota. Adaptado del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1992).

Este enfoque permite adaptar la intervención a cada fase motivacional del cambio, algo especialmente relevante en el tratamiento de adicciones. De hecho, Ockene et al. (1990) demostraron que la probabilidad de abstinencia varía en función de la etapa en la que se encuentre el individuo, dado que sólo un 22% de los fumadores en precontemplación permanecía abstinentes a los seis meses, frente a un 44% en contemplación y un 80% en preparación.

Además, cabe añadir que el contexto penitenciario se considera una oportunidad privilegiada para intervenir. La ESDIP (2022) muestra que el consumo disminuye significativamente tras el ingreso en prisión. Además, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2024) subraya que la prisión, puede favorecer el inicio de procesos de cambio. Asimismo, autores como Carcedo y Reviriego (2007) consideran que el ingreso en prisión puede suponer un punto de inflexión en la trayectoria del consumo, donde el individuo toma conciencia del impacto de la adicción y se siente más motivado al cambio.

Por todo ello, el presente trabajo tiene como objetivo diseñar un programa de intervención en drogodependencias para personas privadas de libertad, basado en el modelo transteórico del cambio.

Método

Participantes

El presente programa de intervención está dirigido a hombres adultos privados de libertad en un centro penitenciario, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, debido a la alta prevalencia de consumo en toda la etapa adulta. Se prevé la participación de aproximadamente 15 internos, seleccionados en colaboración con el equipo del centro.

Criterios de inclusión. Los criterios comprenden internos clasificados en segundo grado (régimen ordinario), con tiempo suficiente en prisión para completar las diez sesiones del programa. Asimismo, se priorizará a aquellos internos con historial de consumo abusivo de varias sustancias ilegales (policonsumo) que manifiesten voluntariamente su intención de participar.

Criterios de exclusión. En cuanto a la exclusión, se descartará a aquellos internos que se encuentren en primer grado (régimen cerrado) o tercer grado (régimen abierto), así como casos preventivos y quienes tengan prevista su excarcelación o traslado durante el periodo de intervención.

El programa se desarrollará en formato grupal, para fomentar la participación, el aprendizaje entre iguales y el intercambio de experiencias, aspectos fundamentales en la rehabilitación.

Variables e Instrumentos

Para evaluar la eficacia del programa de intervención, se emplearán distintos instrumentos psicológicos validados que serán administrados en dos momentos: al inicio del programa (pre-test) y al finalizarlo (post-test). Estos permitirán medir los cambios en el nivel de consumo, el estadio motivacional de los internos y otros factores influyentes.

Policonsumo

Definición: Uso de más de una droga o tipo de droga por persona, ya sea de manera sucesiva o simultánea (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2022).

Instrumento: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).

Para evaluar el nivel de uso de sustancias en un contexto de policonsumo, se utilizará el cuestionario ASSIST, desarrollado por la OMS, que analiza el consumo de múltiples sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, opioides, entre otras) y clasifica el riesgo en bajo, moderado o alto. Consta de ocho preguntas que abordan aspectos como frecuencia de uso en los últimos tres meses, deseo de consumir, problemas derivados, intentos de abandono y uso de drogas inyectables. Un ejemplo es: “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?”, con opciones que van desde “Nunca” hasta “Diario o casi diario”. Presenta alta consistencia interna (coeficiente de Cronbach de 0.93).

Instrumento: Analítica toxicológica.

Además, se utilizará el análisis toxicológico mediante muestras de orina, una prueba no invasiva, rápida y capaz de detectar cualitativamente sustancias como alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, opiáceos, barbitúricos, benzodiazepinas y fenciclidina (O'Malley y O'Malley, 2022). Se realizarán dos controles: al inicio y al final del programa, para evaluar la evolución del consumo. Las muestras serán recogidas bajo supervisión del personal sanitario para evitar manipulaciones, y los resultados se comunicarán con total confidencialidad a los responsables del programa, sin consecuencias negativas para los participantes, ya que su finalidad será exclusivamente evaluativa y de seguimiento.

Motivación al Cambio

Definición: Estado disposicional que mueve a la persona a iniciar y a adherirse a una determinada estrategia de cambio (Miller y Rollnick, 2011).

Instrumento: University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA).

Para medir el estado motivacional de los participantes se utilizará la Escala de Evaluación del Cambio URICA, basada en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente, en el cual se fundamenta este trabajo. Este instrumento consta de 32 ítems que permiten identificar en qué fase del cambio se encuentra cada individuo: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Un ejemplo de ítem es: “Tengo un problema y realmente pienso que debería trabajar en él”. Y las respuestas siguen una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde: “Muy en desacuerdo” hasta “Muy de acuerdo”. La versión española ha demostrado buena validez en poblaciones clínicas, incluidas adicciones (Gómez Peña et al., 2011).

Procedimiento

La implementación del programa comenzará con la solicitud formal de colaboración a un centro penitenciario, dicha solicitud incluirá una descripción detallada del programa, sus objetivos y criterios de inclusión y exclusión. Una vez obtenida la aprobación por parte del centro, se establecerá una reunión con el equipo técnico (psicólogos, trabajadores sociales, educadores y juristas) para presentar la estructura del programa. A partir de ahí, el equipo se encargará del proceso de selección de los participantes siguiendo lo establecido en el Reglamento Penitenciario Español (Real Decreto 190/1996). En primer lugar, se colocará en cada módulo un cartel informativo invitando a la inscripción en el programa. Después, los psicólogos realizarán entrevistas individuales con los internos interesados, con el fin de valorar su idoneidad conforme a los criterios establecidos.

El programa se desarrollará a lo largo de 10 sesiones grupales, con una frecuencia de una sesión semanal, con una duración aproximada de dos horas. Las sesiones están estructuradas de forma que cada etapa se trabajará en dos sesiones. Finalmente, se realizará un seguimiento a los 6 y 12 meses tras el tratamiento.

Propuesta de Intervención

La intervención consta de 10 sesiones distribuidas en 10 semanas y está diseñada como una terapia de breve duración, formato que ha demostrado ser eficaz en pacientes con dependencia a sustancias (Alonso, 2002). Su efectividad se mantiene a largo plazo, con beneficios sostenidos incluso tras un año de seguimiento (Carroll et al., 1994).

El programa se basa en el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1992) y es multicomponente, combinando diversas técnicas terapéuticas según la etapa del cambio. Estas incluyen: psicoeducación, solución de problemas, establecimiento de metas, prevención de recaídas, técnicas de relajación, entrenamiento en asertividad, role-playing, técnicas cognitivas, habilidades sociales y feedback (Velásquez et al., 2001).

Objetivos

Objetivo General

En este sentido, el objetivo general del programa es fomentar el proceso de cambio en personas privadas de libertad con historial de consumo de sustancias ilegales, mediante una intervención estructurada basada en el Modelo Transteórico del Cambio.

Objetivos Específicos

Los objetivos específicos se desarrollarán y detallarán en las sesiones de la propuesta de intervención.

Tabla 2*Cronograma de las sesiones del programa*

Fase del cambio	Sesión	Título	Objetivos
Precontemplación	1	Presentación del programa y diagnóstico inicial	Evaluar la motivación al cambio y presentar programa y fases del modelo de cambio.
	2	Comprendiendo el consumo y su impacto	Proporcionar psicoeducación sobre drogas y reflexionar sobre valores personales.
Contemplación	3	Pros y contras del cambio	Analizar las ventajas y desventajas del cambio e identificar las creencias que impiden el cambio.
	4	Visualizando un futuro sin drogas	Aumentar la autoconfianza y ayudar a visualizar un futuro sin drogas.
Preparación	5	Planificando el cambio	Identificar metas a corto, medio y largo plazo y elaborar un plan de acción.
	6	Superando obstáculos	Identificar barreras internas y externas y entrenar la solución de problemas para afrontarlas.
Acción	7	Fortaleciendo el autocontrol	Identificar situaciones de riesgo y aprender habilidades de afrontamiento para hacerles frente.
	8	Habilidades para hacer frente al consumo	Aprender técnicas de asertividad y regulación emocional para no consumir.
Mantenimiento	9	Comprensión y prevención de recaídas	Comprender la recaída y aprender a prevenirla, identificando señales de alerta.
	10	Evaluación y reflexión final	Reflexionar sobre lo aprendido y evaluar los cambios (post-test).

Nota. Distribución de las sesiones según las fases del cambio, con sus títulos y sus objetivos correspondientes.

Sesión 1: Presentación del programa y diagnóstico inicial

Fase del cambio: Precontemplación.

Objetivos:

- Evaluar el estadio motivacional de los participantes (pre-test)
- Presentar el programa, sus objetivos, cronología y normas.
- Explicar la teoría motivacional del cambio y sus etapas.

Contenidos:

1. **Bienvenida y dinámica de presentación:** La sesión comenzará registrando la asistencia de los participantes, después se iniciará con una breve dinámica de presentación, en la que cada participante dice su nombre y una palabra que lo describa (por ejemplo: "Soy Jose y me considero tranquilo").
2. **Evaluación inicial (pre-test):** Tras romper el hielo, se administrarán los cuestionarios de evaluación (ASSIST, URICA), para valorar la gravedad del consumo de los participantes e identificar en qué fase del cambio se encuentra cada uno. El/la profesional se encargará de explicar el cuestionario de manera clara, resolviendo cualquier duda que pueda surgir.
3. **Presentación del programa:** Una vez realizada la evaluación, el/la profesional explicará el propósito del programa, su duración y las normas básicas de funcionamiento (respeto, confidencialidad, sinceridad, participación y puntualidad).
4. **Explicación del modelo de cambio:** A continuación, se introducirá la teoría motivacional del cambio de Prochaska y DiClemente de forma sencilla, mediante recursos visuales (diapositiva en la pizarra). Además, se utilizará una metáfora denominada "El camino del cambio", en la que se representa el proceso de dejar las drogas como un camino con distintas paradas. Por último, se explicará el concepto de recaída, no como un fracaso, sino como una oportunidad de aprendizaje.
5. **Debate y reflexión final:** Finalmente, se abrirá un espacio donde cada participante compartirá, si lo desea, cuál ha sido su experiencia con las drogas, en qué fase del cambio cree que se encuentra y por qué.

Materiales: Instrumentos de evaluación impresos (ASSIST, URICA), papel, bolígrafos, presentación visual "Modelo del Cambio y sus fases".

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Sesión 2: Comprendiendo el consumo y su impacto

Fase del cambio: Precontemplación.

Objetivos:

- Proporcionar psicoeducación básica sobre las drogas y sus consecuencias.
- Facilitar la reflexión sobre los valores personales de los participantes y cómo estos se relacionan con su comportamiento.

Contenidos:

1. **Bienvenida y repaso de la sesión anterior:** La segunda sesión comenzará con una bienvenida y breve repaso de lo visto en la sesión anterior. El/la profesional recordará las etapas del modelo de cambio, haciendo hincapié en la precontemplación.
2. **Psicoeducación sobre las drogas:** A continuación, se presentará información básica sobre las drogas: qué son, cómo se clasifican y sus efectos sobre la salud física, mental y social. Además, se proyectará un video que relata la historia de un adicto con problemas de adicción con secuelas graves en su vida personal.
3. **Diferencia entre Uso/Abuso:** Una vez terminada la parte teórica, se abrirá un espacio en el que se lanza la siguiente pregunta: “¿Cómo ha afectado a tu vida el consumo de drogas?”. Tras la respuesta de los participantes, se explicará la diferencia entre el uso (consumo ocasional o moderado, sin consecuencias negativas importantes) y el abuso (consumo que empieza a causar problemas en la vida personal, social o laboral).
4. **Reflexión sobre los valores personales:** Para continuar, se realizará una dinámica sobre los valores personales. Para ello, se explicará qué son los valores (ideas, principios o creencias que guían nuestra conducta) y cómo estos influyen en nuestras decisiones. Cada participante recibirá una hoja en blanco en la que deberá escribir tres valores importantes en su vida (por ejemplo: familia, salud y lealtad). Luego, se invitará a cada uno de ellos a reflexionar sobre si el consumo está alineado con esos valores.
5. **Cierre de la sesión:** Para cerrar la sesión, se invitará a los participantes a pensar en una pequeña acción que podrían realizar en la semana, en coherencia con sus valores.

Materiales: Presentación “Efectos de las drogas”, video “Carta de un drogadicto”, hojas en blanco, bolígrafos.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Sesión 3: Pros y contras del cambio.

Fase del cambio: Contemplación.

Objetivos:

- Analizar las ventajas y desventajas de iniciar el cambio.
- Identificar y cuestionar las creencias que impiden el cambio.

Contenidos:

- 1. Bienvenida y repaso de la sesión anterior:** Se iniciará la sesión recapitulando lo trabajado en la fase de precontemplación e introduciendo la siguiente: contemplación. Para ello, se explicará que en este momento es normal que los participantes se sientan indecisos, por lo que vamos a explorar los pros y contras del cambio.
- 2. Analizar pros y contras:** Para empezar, se repartirá a los participantes un folio en blanco en el que deberán dibujar una balanza con dos lados, el lado de la derecha se escribirán las ventajas de realizar el cambio, mientras que en el otro lado, se escribirán las desventajas. Finalmente se observa que lado de la balanza pesa más y se compartirá con el resto del grupo cómo es la balanza de cada participante.
- 3. Reflexión sobre las barreras del cambio:** Tras haber realizado el dibujo, el/la profesional preguntará a los participantes cuáles son las desventajas que han escrito en su balanza. Entonces, se hablará sobre las barreras mentales que impiden el cambio, como ideas, miedos o inseguridades y se reflexionará en grupo sobre ellas.
- 4. Identificar creencias erróneas:** Tras hablar sobre estas barreras, se introducirá el concepto de creencias erróneas (con ejemplos como “no soy capaz de cambiar” o “mi vida sin drogas sería aburrida”) y se explicará que muchas veces estas creencias limitan el proceso de cambio. A continuación se realizará una dinámica, en la que los participantes recibirán folios en los que escribirán algunas de sus creencias limitantes.
- 5. Cuestionar y transformar las creencias:** Luego, discutirán cómo estas creencias pueden ser reestructuradas de manera más positiva. Para ello, se les repartirá una ficha en las que deberán escribir sus creencias y contestar algunas preguntas para reestructurarlas.

Materiales: Papeles y bolígrafos, ficha “Creencias erróneas”.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Sesión 4: Visualizando un futuro sin drogas.

Fase del cambio: Contemplación.

Objetivos:

- Fortalecer la autoconfianza de los participantes.
- Ayudar a los participantes a visualizar un futuro sin consumo de drogas.

Contenidos:

1. **Bienvenida e introducción:** En el inicio, se dará la bienvenida y se recordará brevemente lo trabajado en la sesión anterior, centrada en las ventajas y desventajas del cambio. A continuación, se introducirá el tema de la sesión con la siguiente pregunta: “¿Alguna vez te has imaginado cómo sería tu vida si dejaras de consumir?”.
2. **Explorar fortalezas personales:** Para aumentar la autoconfianza de los participantes se llevará a cabo una actividad llamada “Mis recursos para el cambio”. Cada participante recibirá una hoja en la que deberán responder preguntas que ayudan a identificar fortalezas personales, como: ¿Qué cosas difíciles has superado en el pasado? ¿Qué te dicen los demás que haces bien? ¿Qué te hace sentir orgullo de ti? Se les da tiempo para reflexionar y escribir.
3. **Visualizar una vida sin drogas:** A continuación, se retomará la pregunta inicial: “¿Alguna vez te has imaginado cómo sería tu vida si dejaras de consumir?”, y se realizará una actividad de visualización en la que los participantes imaginarán cómo sería un día en sus vidas si no consumieran drogas. Para ello, el/la profesional realizará preguntas como: ¿Cómo te sientes al despertar? ¿Qué ves a tu alrededor? ¿Qué cambios notas en tu cuerpo y mente? ¿Cómo es tu relación ahora con tu familia, amigos o compañeros de trabajo? ¿Qué tipo de actividades haces en tu tiempo libre?.
4. **Reflexión grupal:** Al finalizar la dinámica, se abrirá un espacio voluntario para que los participantes compartan, si se sienten cómodos, cómo era esa vida imaginada. Esta dinámica busca despertar la motivación interna y ayudarles a visualizar un futuro mejor.
5. **Video testimonios:** Para terminar la sesión, se proyectará un video que busca transmitir la motivación necesaria para tomar la decisión.

Materiales: Papel y bolígrafos, video motivacional “Mañana lo dejo”.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Sesión 5: Planificando el cambio.

Fase del cambio: Preparación.

Objetivos:

- Identificar metas claras, realistas y alcanzables a corto, medio y largo plazo.
- Elaborar un plan de acción inicial para comenzar a modificar la conducta.

Contenidos:

- 1. Bienvenida e introducción teórica:** Se comenzará realizando un breve repaso de la sesión anterior e introduciendo a la fase de preparación según el modelo del cambio. Para ello, se explicará la importancia de la planificación, para pasar de la intención a la acción. Además, se proyectará un esquema que contenga todas las fases, haciendo hincapié en que esta se encuentra en la mitad del proceso y es clave para el cambio.
- 2. Establecimiento de metas SMART:** Para continuar, se introducirá el modelo SMART como una herramienta fácil de usar para establecer metas específicas, medibles, alcanzables, relevantes y temporales. Y se darán ejemplos en relación a la problemática de consumo, como: “reducir el consumo de cannabis de todos los días a solo los fines de semana durante el próximo mes”.
- 3. Dinámica “Mis metas”:** Para identificar las metas personales de los participantes, cada uno recibirá un folio en el que deberá realizar tres columnas: una para escribir una meta a corto plazo (1 semana), otra a medio plazo (1 mes), y la última a largo plazo (1 año). Luego, se les invitará a pensar en algo que desean mejorar o cambiar en relación al consumo y se reflexionará sobre qué pasos son los que les ayudarán a acercarse al objetivo final. Si lo desean, podrán compartir con el grupo sus objetivos, ya que esto puede reforzar la motivación y la cohesión grupal.
- 4. Cierre de la sesión:** Para terminar, se les pedirá que escriban en un papel de forma anónima alguna de las acciones que han pensado para lograr uno de sus objetivos a corto plazo, y el próximo día se vea si se ha puesto en práctica o no.

Materiales: Presentación del modelo SMART, bolígrafos y folios.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Sesión 6: Superando obstáculos.

Fase del cambio: Preparación.

Objetivos:

- Identificar barreras internas y externas que podrían dificultar el cambio y proponer estrategias para afrontarlas.
- Entrenar la solución de problemas para afrontar dichas barreras.

Contenidos:

1. **Bienvenida y actividad sesión anterior:** Se iniciará repasando lo trabajado en la sesión anterior (metas y plan de acción para conseguirlos) y se pondrá en común cómo se han sentido poniendo en prácticas dichas acciones esta semana. Se revisarán los papeles anónimos con las acciones, y dirán voluntariamente si las han cumplido o no.
2. **Obstáculos internos y externos:** Una vez comentadas las acciones, se pedirá al grupo que identifiquen los obstáculos que se han encontrado para cumplir o no con las expectativas propuestas. Para ello, se explicará la diferencia entre las barreras internas (como miedo, pensamientos intrusivos,, que ya trabajamos en la sesión 3) y las externas (ambiente, compañías, falta de ayuda). Y se realizará una lluvia de ideas, en la que se expongan todas ellas, clasificándolas en la pizarra como “internas” o “externas”..
3. **Técnica resolución de problemas:** Para trabajar en las barreras, se elegirán las 2 o 3 más comunes y se utilizará la técnicas de los cinco pasos de resolución de problemas para afrontarlas, esta técnica está compuesta por cinco pasos diferentes.
4. **Roleplaying:** A continuación, para poner en prácticas la solución de problemas, se realizará un role-playing simulando situaciones. El objetivo de esto es ensayar nuevas respuestas que le hagan frente al consumo, ganar seguridad y sentirse identificados con el grupo. Por ejemplo: se podría combatir una barrera externa como la presión del grupo de amigos consumidores que no está de acuerdo con la decisión de dejarlo.
5. **Feedback del grupo:** Tras el roleplaying, se abrirá un espacio final para que el grupo ofrezca retroalimentación, en la que puedan comentar qué pensaron al observar la situación, qué otras estrategias se podrían haber utilizado.

Materiales: Ficha “Modelo de solución de problemas”, pizarra, bolígrafos.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Sesión 7: Fortaleciendo el autocontrol.

Fase del cambio: Acción.

Objetivos:

- Identificar posibles situaciones de riesgo.
- Aprender y practicar habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo.

Contenidos:

- 1. Bienvenida y repaso:** Se comenzará recordando brevemente lo trabajado en las sesiones anteriores (la preparación al cambio) y se invitará a los participantes a compartir cómo fue aplicar lo aprendido esta semana. Además, se explicará la fase de acción, en la que se deberán realizar acciones concretas orientadas al cambio.
- 2. Situaciones de riesgo y cómo afrontarlas:** Para trabajar las habilidades de afrontamiento, en primer lugar se explicará qué es una situación de riesgo (cualquier momento, lugar, o estado emocional que aumenta las probabilidades de consumir o de perder el control sobre el consumo) y cómo suele anteceder al consumo.
- 3. Dinámica situaciones de riesgo:** A continuación, los participantes deberán clasificar las situaciones que viven en función del riesgo que perciban. Para ello, se entregará a cada participante una hoja con las posibles situaciones que se pueden encontrar, que deberán puntuar del 1 al 10 en función del riesgo percibido.
- 4. Estrategias de afrontamiento:** Después, se hablará sobre las habilidades de afrontamiento que pueden utilizar y el/la terapeuta les propondrá técnicas de autocontrol que podrían ser útiles. Por ejemplo: técnica del tiempo fuera, la de postergar la situación, la opción de recurrir a apoyo social o realizar otra actividad de distracción.
- 5. Plan de afrontamiento personal:** Por último, se invitará a los participantes desarrollar su propio plan personal, y para ello deberán contestar las siguientes preguntas: ¿Cuál es mi situación de riesgo? ¿Qué estrategia puede utilizarse? ¿A quién puedo pedir ayuda si la necesito? ¿Qué pensamiento me puedo repetir en ese momento? Y se les animará a poner la hoja en un lugar visible para usarla cuando la necesiten

Materiales: Hoja "Situaciones de riesgo", plantilla "Plan de afrontamiento", pizarra, bolígrafos.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Sesión 8: Habilidades para hacer frente al consumo.

Fase del cambio: Acción.

Objetivos:

- Aprender técnicas de asertividad útiles para rechazar el consumo.
- Desarrollar habilidades de manejo del estrés para no caer en el consumo.

Contenidos:

1. **Bienvenida y preguntas:** En primer lugar, se saludará al grupo y se recordará brevemente la sesión anterior. Se harán varias preguntas para evaluar la etapa de acción como: ¿Habéis puesto en práctica alguna estrategia?
2. **Explicación asertividad:** En relación a las estrategias de afrontamiento vistas en la sesión anterior, se introducirá el concepto de asertividad. Se explicará la diferencia entre asertivo, pasivo y agresivo y se hablará de diferentes maneras de rechazar un ofrecimiento de consumo. Para ello, se planteará una situación, por ejemplo: un amigo insiste en consumir, y cada uno deberá proponer una respuesta asertiva, utilizando las técnicas que aparecen en la tabla repartida.
3. **Regulación emocional:** Continuando con el aprendizaje de diferentes habilidades, se introducirá la importancia de la regulación emocional para no caer en el consumo. Se explicará cómo se relaciona el estrés con la adicción y por qué es tan importante aprender a gestionarlo. Para ello, se practicará un ejercicio en grupo de respiración diafragmática que pueden utilizar en caso de estrés, ansiedad u otra emoción negativa.
4. **Dinámica “Caja de herramientas”:** Para seguir, cada participante escribirá 5 herramientas personales que puedan usar cuando sientan malestar emocional, que pueden ser tanto las aprendidas en el programa como otras propias. Esto se llamará “caja de herramientas personal”, y deberá usarse en casos de vulnerabilidad antes de recurrir al consumo de sustancias para sobrellevar el malestar.
5. **Cierre y tarea:** Para concluir la sesión, se propondrá como tarea utilizar alguna de las estrategias al menos una vez a la semana o cuando se encuentren mal y anotar cómo se sintieron.

Materiales: Tabla “Técnicas asertivas”, papel y bolígrafos.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Sesión 9: Comprensión y prevención de recaídas.

Fase del cambio: Mantenimiento.

Objetivos:

- Comprender el concepto de recaída y aprender a prevenirlas.
- Identificar las señales de alerta que pueden llevar a una recaída.

Contenidos:

1. **Bienvenida y repaso:** Al inicio de la sesión se revisará lo aprendido en sesiones anteriores y se introducirá la fase de mantenimiento del cambio, la cual deberá mantenerse a lo largo del tiempo para continuar con la recuperación.
2. **Concepto “recaída”:** En esta última fase se definirá la recaída, como un regreso parcial o completo a patrones de consumo tras un periodo de cambio (Marlatt & Gordon 1980). Además, se desmitificará la recaída como un fracaso, explicándola como parte del proceso del proceso de cambio, y no como un punto.
3. **Dinámica “señales de alerta”:** Para continuar se explicará la importancia de detectar las señales de alerta, para ello se realizará una dinámica en la que cada participante recibirá una hoja en la que se mostrarán señales de alerta que podrían hacer recaer en una recaída, es decir, aquellos estímulos que preceden al consumo. Esta hoja estará dividida en cuatro bloques: señales emocionales (ej. ansiedad, estrés), señales cognitivas (ej. pensamientos automáticos), señales conductuales (ej. visitar lugares de consumo) y señales sociales (ej. contactar con personas consumidoras). Luego, cada uno deberá subrayar las señales de alerta que creen más importantes en su caso.
4. **Estrategias de prevención:** Una vez detectadas las situaciones de riesgo, el/la terapeuta guiará una lluvia de ideas sobre qué pueden hacer si detectan una señal de alerta. Se presentarán algunas estrategias de autocontrol vistas en la sesión anterior como: salir de la situación, pedir ayuda, realizar una actividad placentera o física, etc.
5. **Cierre y tarea:** Para concluir con la penúltima sesión, se dará el mensaje de que estar atentos a las señales que preceden las posibles recaídas no es vivir con miedo, sino estar preparados y mantenerse en una vida mejor.

Materiales: Ficha “Señales de alerta” (divididas en las 4 categorías), pizarra y bolígrafos.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Sesión 10: Evaluación y reflexión final.

Fase del cambio: Mantenimiento.

Objetivos:

- Reflexionar sobre lo aprendido durante el transcurso del programa.
- Evaluar los cambios alcanzados por los participantes (post-test)

Contenidos:

1. **Bienvenida al grupo:** La última sesión comenzará dando la bienvenida a los participantes, destacando su esfuerzo por asistir y participar durante el programa y se presentará esta sesión como una oportunidad para repasar lo aprendido y prepararse para futuros desafíos, ya que a partir de ahora deberán continuar el camino solos.
2. **Reflexión sobre todo el programa:** Para repasar lo visto durante estos meses, se presentará el esquema inicial con las fases de la teoría motivacional del cambio, haciendo un recorrido desde la etapa de precontemplación hasta la de mantenimiento. Además, se animará a los participantes a comentar qué han aprendido de cada etapa y qué cosas han aprendido de ellos mismos.
3. **¿Qué hago en caso de recaída?:** Tras comentar todo lo aprendido, se retomará el concepto de recaída visto en la sesión anterior, se hablará de cómo actuar en caso de que finalmente ocurra. Para ello, se les recomendará seguir los siguientes pasos. En primer lugar, acepta lo ocurrido sin culpas excesivas, después busca ayuda de alguien de confianza, un profesional o un grupo de apoyo, cuando tengas tiempo analiza lo que pasó, más tarde recuerda todas las herramientas aprendidas y por último vuelve al plan.
4. **Evaluación post-test:** Para terminar, se aplicarán los instrumentos post-test que se utilizaron en la primera sesión del programa para evaluar si ha habido cambio en el consumo y el estadio motivacional y se dará feedback sobre los resultados.
5. **Cierre y despedida:** Para finalizar con el programa completo se agradecerá la participación, el compromiso y la honestidad y se entregará a cada uno de los participantes un diploma simbólico como certificado por haber completado el programa.

Materiales: Cuestionarios impresos (ASSIST, URICA) bolígrafos, diplomas.

Duración: 120 minutos aproximadamente.

Discusiones y Conclusiones

El presente trabajo nace de una experiencia personal en un centro penitenciario, en el que realicé mis prácticas profesionales. Durante este periodo, pude observar de cerca la complejidad del fenómeno de las drogodependencias en la población penitenciaria, así como la limitada oferta de recursos terapéuticos adaptados a esta realidad. Esta vivencia despertó en mí una profunda preocupación, y más tarde, un gran interés por diseñar una intervención útil y viable para abordar esta problemática.

El objetivo de este trabajo ha sido desarrollar una propuesta de intervención en drogodependencias para población penitenciaria, basada en el Modelo Transteórico del Cambio. Este modelo permite abordar el problema desde una perspectiva más humana, ya que se centra en el proceso de motivación al cambio de los propios individuos.

La estructura del programa, adaptada a cada una de las etapas motivacionales, se plantea como una herramienta eficaz para mejorar la adherencia al tratamiento, un aspecto fundamental en la rehabilitación de personas con adicciones. Diversos estudios han señalado que el abandono al tratamiento se relaciona frecuentemente con la falta de motivación y el escaso nivel de conocimiento del paciente (Rubio et al., 2015).

Se prevé que esta intervención, aunque no ha sido aplicada, podría tener un impacto positivo en los participantes. El programa integra técnicas cognitivas y conductuales, propias de las terapias cognitivo-conductuales (TCC), que son respaldadas por la evidencia empírica para abordar este tipo de problemáticas. Investigaciones como las de Carroll y Onken (2005), han demostrado la eficacia de este tipo de intervenciones en la reducción del consumo y conductas adictivas.

Además, se reconoce la importancia de la autoconfianza, la cual es abordada durante las sesiones, como factor clave para evitar el abandono y prevenir recaídas. Tal y como señalan Chicharro et al. (2007) y Martínez-González et al. (2015), fomentar la percepción de autoconfianza en el individuo fortalece su capacidad para resistir a situaciones de riesgo.

Otro aspecto importante, al que también se presta atención, es el entrenamiento en habilidades sociales como la asertividad, fundamentales en el entorno penitenciario, donde la presión social influye en el consumo (Graña Gómez y Muñoz-Rivas, 2000). Además, estas habilidades no solo contribuyen a evitar recaídas, sino que pueden favorecer la integración social de los individuos tanto dentro como fuera de prisión.

Por otra parte, el programa también incluye técnicas de autocontrol y afrontamiento, que cuentan con nivel de evidencia 1 y grado de recomendación A (Becoña y Cortés, 2011). Estas técnicas permiten a los individuos conocer los desencadenantes, gestionar emociones intensas y prevenir conductas impulsivas asociadas al consumo.

Al recorrer todas las fases del Modelo Transteórico del Cambio, el programa ofrece a los internos una guía estructurada para comprender su propio proceso de cambio. Este enfoque permite, que incluso aquellos que no logren avanzar significativamente durante la intervención, puedan identificar en qué punto se encuentran y qué acciones serían necesarias para progresar hacia la abstinencia, considerada la última etapa del cambio.

En términos de viabilidad, se considera que el programa es aplicable en el contexto penitenciario por varias razones. En primer lugar, su formato breve y grupal, puede integrarse en la institución sin requerir grandes cambios. Por otro lado, utiliza contenidos adaptados a la población a la que se dirige y emplea recursos y materiales ajustados a las posibilidades reales de los centros penitenciarios.

No obstante, deben señalarse algunas limitaciones importantes. Al tratarse de una propuesta teórica, no se puede predecir su eficacia real hasta que no se implemente, por lo que los resultados esperados se basan en supuestos no comprobados.

Además, la brevedad del programa puede resultar insuficiente para personas con historial de consumo duradero o con adicciones severas, quienes suelen necesitar intervenciones más largas para lograr cambios a largo plazo (Hoffman et al., 1996).

Por otra parte, el programa puede considerarse algo genérico, dado que aborda diversas sustancias, por lo que no permite una intervención individualizada a cada caso y tampoco especifica mecanismos de continuidad postprograma, lo cual puede aumentar el riesgo de abandono (Hoffman et al., 1996).

Por ello, como línea de mejora se sugiere la posibilidad de concretar aún más el programa. En este sentido, se propone adaptar el programa según el tipo de sustancia consumida, ya que las motivaciones, efectos y patrones de uso pueden variar entre ellas.

También, se podría llevar a cabo una intervención más personalizada trabajando en subgrupos según el estadio motivacional de los participantes, lo que podría mejorar significativamente los resultados y reducir recaídas (Tarazona et al., 2023).

Por último, se considera fundamental establecer un protocolo de seguimiento con profesionales e instituciones externas, como servicios de salud mental comunitarios, para garantizar la continuidad del proceso tras la salida de prisión (Hoffman et al., 1996).

Referencias

- Alonso, G. (2002). Consumo de heroína en Colombia. *Adicciones*, 14(1), 87-90.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.518>
- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 11-15. <https://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/49/127>
- Becoña, E., y Cortés, M. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Socidrogalcohol.
<https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Guia-clinica-de-intervencion-psicologica-en-adicciones.-Elisardo-Becona.-Maite-Cortes.-2008.pdf>
- Becoña, E., y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/10_Socimanualadiccionespsicologos2011.pdf
- Bengoa, A., López, V., Haidar, M. K., y Errasti, A. (2012). Drogodependencias entre muros. En I. Markes, y C. Iñigo, *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas* (pp. 15-23). Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión.
http://www.antoniocasella.eu/archipsy/Guia_2012.pdf
- Cabrera, P. J. (2010). Cárcel y Drogas. *Revista Crítica*, 60(967), 50-54.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3288451>
- Caravaca, F., Falcón, M., y Luna, A. (2015). Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 358-363.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.005>
- Carcedo, R. J., y Reviriego, F. (2007). *Reinserción, derechos y tratamiento en los centros penitenciarios*. Amarú.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452>
- Chicharro, J., Pedrero, E. J., y Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictores de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 141-152. <https://doi.org/10.20882/adicciones.312>
- 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(1), 31-40.
<https://doi.org/10.4321/s1575-06202019000100005>
- Constitución Española. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.

- [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD]. (2024). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES*. Gobierno de España.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1), 48-56.
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289144321007.pdf>
- Gómez-Peña, M., Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., Santamaría, J. J., . . . Jiménez-Murcia, S. (2011). Motivation to change and pathological gambling: Analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 196-210.
<https://doi.org/10.1348/014466510X511006>
- Graña Gómez, J. L., y Muñoz-Rivas, M. J. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8(1), 19-32.
<https://www.behavioralpsycho.com/producto/factores-de-riesgo-relacionados-con-la-influencia-del-grupo-de-iguales-para-el-consumo-de-drogas-en-adolescentes/>
- Hoffman, J. A., Caudill, B. D., Koman, J. J., Luckey, J. W., Flynn, P. M., y Mayo, D. (1996). Psychosocial treatments for cocaine abuse 12-month treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 3-11.
[https://doi.org/10.1016/0740-5472\(95\)02020-9](https://doi.org/10.1016/0740-5472(95)02020-9)
- Junginger, J., Claypoole, K., Laygo, R., & Cristiani, A. (2006). Effects of serious mental illness and substance abuse on criminal offenses. *Psychiatric Services*, 57(6), 879-882. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.879>
- Markez, I., y Iñigo, C. (2012). *Guía. Atención y tratamiento en prisión por el uso de drogas*. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión.
http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Guia_2012.pdf
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P. O. Davidson, & S. M. Davidson, *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. Bruner/Mazel.
- Martín, V. M. (2008). Estudio socioeducativo de los jóvenes internados en las prisiones andaluzas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 6, 1-25.
<https://doi.org/10.46381/reic.v6i.38>
- Martínez, I. M. (2019). El consumo de drogas en jóvenes con problemas de conducta: delincuencia y conflictos judiciales. *Revista Cultura y Droga*, 24(27), 135-156.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2019.24.27.7>

- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, A., Lozano-Rojas, O., y Verdejo-García, A. (2015). Variables de interés clínico en el tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la cocaína: Especificidad de los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 115-123.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15166>
- Martínez Perza, C., Quesada Arroyo, P., Miguel Calvo, E., Natalia, D., y Nieto Rodríguez, L. (2021). *Situación de las personas con adicciones en las prisiones españolas. Una visión con perspectiva de género*. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente - UNAD.
https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/1676366563_2023_01_16_estudio_prisiones_version_digital.pdf
- Miller, W. R., & Heather, N. (1998). *Treating addictive behaviours*. 2nd ed. Plenum.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guildford Press.
- O'Malley, G. F., y O'Malley, R. (diciembre de 2022). *Detección de drogas*. Manual MSD:
<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/temas-especiales/drogas-ilegales-e-intoxicantes/pruebas-de-deteccion-de-drogas>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA]. (2022a). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias*. Ministerio de Sanidad de España.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA]. (2022b). *Cannabis: Consumo y consecuencias*. Ministerio de Sanidad de España.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2022). *Policonsumo de drogas: respuestas sanitarias y sociales*.
https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/14137_es.pdf?305753
- Ockene, J. K., Kuller, L. H., Svendsen, K. H., & Meilahn, E. (1990). The relationship of smoking cessation to coronary heart disease and lung cancer in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *American Journal of Public Health*, 80(8), 954-958.
<https://doi.org/10.2105/ajph.80.8.954>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1969). *16º Informe. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. OMS.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38468/WHO_?sequence=1
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller, *Progress in behavior modification*. Sage.

- Real Decreto 190/1996. Por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE núm. 40. 9 de febrero de 2009. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190/con>
- Rodríguez Díaz, F. J., Paíno Quesada, S. G., Herrero Díaz, F. J., y González Cuevas, L. M. (1997). Drogodependencia y Delito. Una Muestra Penitenciaria. *Psicothema*, 9(3), 587-598. <https://www.psicothema.com/pii?pii=129>
- Rubio, B., Benito, A., Juan, M., Francés, S., Real, M., y Haro, G. (2015). Eficacia de la rapia 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. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5332264>
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2022). *Informe General*. Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe_General_IIPP_2022_12615039X.pdf
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2023). *Programas específicos de intervención*. Ministerio del Interior.
- Tarazona, K., Loor, L., Pedrosó, T., y Palomeque, J. (2023). Resiliencia con enfoque humanista en pacientes con consumo problemático de sustancias. *Revista de Ciencias Sociales*, 29(8), 119-135. <https://doi.org/10.31876/rcs.v29i.40942>
- Tejero, A., Trujols, J., y Roca, X. (1993). *Motivación para el cambio y autoeficacia en adictos a opiáceos: Análisis de su interrelación y de las diferencias entre estadios de cambio*. Congreso Nacional de Psicología Conductual, Mallorca.
- Velásquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. The Guilford Press.
- Wright, N. M., Sheard, L., Adams, C. E., Rushforth, B. J., Harrison, W., Bound, N., . . . Tompkins, C. (2011). Comparison of methadone and buprenorphine for opiate detoxification (LEEDS trial): a randomised controlled trial. *The British Journal of General Practice*, 61(593), 772-780. <https://doi.org/10.3399/bjgp11x613106>

Anexos

Anexo A

Cuestionario ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Sustancias	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
a. Tabaco								
b. Alcohol								
c. Cannabis								
d. Cocaína								
e. Anfetaminas								
f. Inhalantes								
g. Tranquilizantes								
h. Alucinógenos								
i. Opiáceos								
j. Otras (especifique)								

Preguntas:

- P1. ¿Ha consumido alguna vez las siguientes sustancias? (uso no médico) Sí/No
P2. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia las ha consumido?
P3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseo intenso de consumirlas?
P4. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido problemas de salud/sociales/legales por consumo?
P5. En los últimos 3 meses, ¿ha dejado de hacer lo que se esperaba por consumir?
P6. ¿Alguien ha expresado preocupación por su consumo?
P7. ¿Ha intentado dejar de consumir alguna sustancia sin éxito?
P8. ¿Ha consumido alguna vez alguna sustancia por vía inyectada? (uso no médico)

Instrucciones de respuestaS:

P1: No / Sí

P2 a P5: Nunca / 1–2 veces / Mensual / Semanal / Diario

P6 a P8: No, nunca / Sí, en últimos 3 meses / Sí, pero no en últimos 3 meses

Nota. Este anexo es una versión resumida ad. hoc. del instrumento ASSIST, que incluye los 8 ítems, con el tipo de respuestas y las sustancias evaluadas. La versión completa que es la que pretende utilizarse durante la intervención, está disponible en:

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=486_69672fa4-4c71-4eec-bd06-58b8e958f3d7.pdf

Anexo B

Cuestionario URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale)

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5

Preguntas	1	2	3	4	5	Preguntas	1	2	3	4	5
1. En mi opinión, no tengo ningún problema que necesite cambiar.						16. No estoy progresando en lo que ya he cambiado tanto como yo hubiese esperado y estoy aquí 1 para prevenir una recaída en el problema.					
2. Pienso que podría estar preparado para alguna automejora						17. Aunque no siempre tengo éxito a la hora de cambiar, al menos estoy trabajando por mi problema.					
3. Estoy haciendo algo sobre los problemas que me han estado preocupando.						18. Pensaba que una vez hubiese resuelto el problema estaría libre de él, pero a veces aún me encuentro luchando contra él.					
4. Merecería la pena trabajar en mi problema.						19. Desearía tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.					
5. Merecería la pena trabajar en mi problema.						20. He empezado a trabajar en mi problema, pero me gustaría tener ayuda.					
6. Me preocupa que pudiese volver a caer en un problema que ya he cambiado, por ello estoy aquí solicitando ayuda.						21. Quizá en este lugar sean capaces de ayudarme.					
7. Finalmente, estoy haciendo algo por mi problema.						22. Ahora podría necesitar tener un apoyo que me ayudara a mantener los cambios que ya he hecho.					
8. He estado pensando que podría querer cambiar algo de mí mismo/a.						23. Puede que yo sea parte del problema, pero realmente no pienso que lo sea.					
9. He tenido éxito al trabajar en mi problema, pero no estoy seguro/a de que pueda continuar este esfuerzo por mí mismo/a.						24. Espero que alguien aquí tenga buenos consejos para mí.					
10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando en ello.						25. Cualquier persona puede hablar sobre cambiar; en realidad yo estoy haciendo algo por conseguirlo.					
11. Estar aquí es una pérdida de tiempo para mí porque el problema no tiene que ver conmigo.						26. Todo sobre la psicología es aburrido. ¿Por qué la gente no puede simplemente olvidarse de sus problemas?					
12. Espero que este lugar me ayudará a entenderme mejor a mí mismo/a.						27. Estoy aquí para evitar recaer en mi problema.					
13. Supongo que tengo defectos, pero realmente no hay nada que yo necesite cambiar.						28. Es frustrante, pero siento que podría estar recayendo en un problema que pensaba que había resuelto.					
14. Realmente estoy trabajando duro para cambiar.						29. Yo tengo preocupaciones, pero cualquiera las tiene. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellas?					
15. Tengo un problema y realmente pienso que debería trabajar en él.						30. Estoy trabajando activamente en mi problema.					
						31. Preferiría afrontar mis defectos e intentar cambiarlos.					
						32. Después de todo lo que he intentado hacer para cambiar mi problema, una y otra vez vuelve a perseguirme.					

Nota. Este anexo es una adaptación española realizada por Gómez-Peña et al. (2011).

Anexo C

Registro de asistencia de los participantes

Nombre y apellidos	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										

Anexo D

Presentación visual del Modelo del cambio y sus etapas



Anexo E

Presentación visual psicoeducación sobre drogas

TIPOS DE DROGA	SUSTANCIAS	EFFECTOS FÍSICOS	EFFECTOS MENTALES	EFFECTOS SOCIALES
Depresoras	Alcohol Opiáceos: Heroína, Morfina, Codeína Benzodiacepinas GHB, Inhalantes	Disminución ritmo respiratorio Pérdida de coordinación Somnolencia Vómitos Riesgo de coma y muerte	Desinhibición Dificultad para pensar con claridad Dependencia Síndrome de abstinencia	Aislamiento Problemas legales Violencia Accidentes de tráfico
Estimulantes	Estimulantes menores: Tabaco, Xantinas Estimulantes menores: Cocaína, Anfetaminas	Aumento de la frecuencia cardíaca Hiperactividad Convulsiones Perforación tabique nasal Insomnio	Euforia Paranoia Psicosis Agresividad Depresión post consumo	Conflictos interpersonales Problemas legales Comportamientos compulsivos y delictivos
Perturbadoras	Alucinógenos: LSD, Ketamina, Hongos Cannabis: Marihuana, Hachís	Taquicardia Alteración de la coordinación Bronquitis Temblores Náuseas	Alucinaciones Delirios Ansiedad Despersonalización Trastornos de memoria y concentración	Aislamiento Desconexión con la realidad Problemas legales
Estimulantes-Perturbadoras	Éxtasis Crystal	Deshidratación Aumento de la temperatura corporal Taquicardia Riesgo de muerte súbita	Euforia Sensación de subidón seguido de bajón emocional Tristeza Confusión mental	Dependencia en contextos sociales Deterioro relaciones personales

Anexo F

Vídeo “Carta de un drogadicto - Reflexiones, Reflexiones de vida”.

Vídeo de testimonio de persona adicta a las drogas.

<https://youtu.be/uyXxxB3pwlc?si=3NlBByR14JPAMoR>

Anexo G

Vídeo “Mañana lo dejo”.

Vídeo motivacional para tomar la decisión hacia el cambio.

<https://youtu.be/kIn8eN4t8xM?si=jhzAetaFb5B9PZ6>

Anexo H

Ficha creencias erróneas

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Mi creencia errónea sobre el cambio:
(Escribe aquí una creencia limitante que tengas, por ejemplo: "No puedo cambiar", "Mi vida sin drogas será aburrida", "Siempre fracaso en todo")

2. ¿Qué consecuencias tiene para mí mantener esta creencia?
(Piensa en cómo te afecta esta creencia en tu vida, tus decisiones, tu bienestar, tu motivación)

3. ¿Hay pruebas reales que apoyen esta creencia?
(Escribe hechos, no suposiciones. ¿Hay evidencia concreta que lo demuestre?)

4. ¿Hay pruebas que contradigan esta creencia?
(¿Hay ejemplos o situaciones donde esto no fue cierto? ¿Personas o momentos que demuestran lo contrario?)

5. ¿Podría pensar de otra manera más útil o realista?
(Reformula la creencia de una forma más positiva y constructiva. Por ejemplo: "Puedo cambiar si me esfuerzo", "Mi vida puede ser mejor sin drogas", "Todos tenemos fallos")

6. Nueva creencia más realista y útil:

Anexo I

Presentación visual metas 'Modelo SMART'

Metas SMART		
TRANSFORMANDO HÁBITOS CON OBJETIVOS CLAROS Y ALCANZABLES		
S	<u>ESPECÍFICA</u> ¿QUÉ QUIERO CONSEGUIR EXACTAMENTE?	
M	<u>MEDIBLE</u> ¿CÓMO SABRÉ SI HE CONSEGUIDO LA META?	
A	<u>ALCANZABLE</u> ¿ES POSIBLE CUMPLIR ESTA META?	
R	<u>RELEVANTE</u> ¿ES IMPORTANTE ESTA META PARA MÍ?	
T	<u>TEMPORAL</u> ¿EN CUÁNTO TIEMPO QUIERO CONSEGUIRLO?	

Anexo J

Ficha 'Modelo Solución de problemas'

PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
1. Reconocer el problema	
El primer paso es reconocer que existe un problema o una emoción que necesita ser gestionada.	
2. Analizar bien el problema	
Reflexiona sobre lo que realmente te está afectando. A veces, los problemas tienen varias capas y es importante entender qué te está incomodando de manera específica.	
3. Tormenta de ideas (Generar posibles soluciones)	
Piensa en varias formas de manejar la situación. No te limites a una sola opción, explora varias soluciones posibles.	
4. Evaluar las opciones	
Reflexiona sobre cada opción que has generado. ¿Cuál tiene más probabilidades de traer consecuencias negativas? ¿Cuál te permitirá manejar el conflicto de la mejor manera?	
5. Tomar la decisión	
Elige una de las opciones evaluadas y ponla en práctica. Si no funciona como esperabas, vuelve al paso de tormenta de ideas y prueba una solución diferente.	

Anexo K

Tabla categorías y situaciones de riesgo

CATEGORÍA	SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
Emociones desagradables	Si estuviera deprimido	
	Si me sintiera solo	
	Si me hubiera disgustado mucho	
Malestar físico	Si tuviera insomnio	
	Si me encontrara muy nervioso	
Emociones agradables	Si sintiese que todo va muy bien	
	Si me sintiera eufórico	
	Si quisiera celebrar algo especial	
Autocontrol	Si quisiera comprobar que puedo consumir sin recaer	
	Si sintiera que ya no tengo problemas con la droga	
Necesidad	Si viera una imagen que me trae recuerdos muy fuertes sobre la droga	
	Si pasara por delante de donde compraba/consumía	
Conflicto interpersonal	Si hubiera discutido con una persona importante	
	Si no fuera capaz de expresar mis sentimientos	
	Si me sintiera inseguro ante otros	
	Si tuviera problemas en casa	
Presión social	Si saliera con amigos que consumen	
	Si me ofrecieran consumir y no supiera cómo rechazar la invitación	

Anexo L

Plantilla plan de afrontamiento para situaciones de riesgo

Ficha de Apoyo para Situaciones de Riesgo

Completa esta hoja y colócala donde puedas verla fácilmente cuando la necesites.

1. ¿Cuál es mi situación de riesgo más frecuente?
(Ejemplo: cuando estoy solo, cuando estoy estresado, cuando estoy con ciertas personas...)

2. ¿Qué estrategia puedo usar para protegerme o actuar de forma diferente?
(Ejemplo: llamar a alguien, salir a caminar, hacer respiración profunda, escribir lo que siento...)

3. ¿A quién puedo pedir ayuda si la necesito?
(Escribe nombres, números o personas de confianza a quienes puedas acudir)

4. ¿Qué pensamiento me puedo repetir en ese momento?
(Una frase que te motive o te recuerde tu objetivo, como: "Soy capaz", "Esto va a pasar", "Estoy haciendo esto por mí")

Anexo M

Ficha técnicas de asertividad

TÉCNICAS ASERTIVAS

Técnica	Explicación	Ejemplo	Objetivo
Disco rayado	Repetir de forma calmada y firme tu decisión, aunque insistan.	"No quiero tomarme eso, ya he dicho que no."	Resistir la presión social o de grupo.
Banco de niebla	Admitir parcialmente lo que dice el otro sin ceder.	"Puede que en parte tengas razón, pero no voy a hacerlo."	Evitar conflictos y mantener la postura.
Aplazamiento asertivo	Postergar una decisión para pensarla con calma.	"Prefiero pensarlo con tranquilidad, luego te digo."	Controlar el impulso, ganar tiempo para reflexionar.
Aserción positiva	Expresar lo que sientes de forma clara, sin atacar.	"Necesito pensar en mí, no quiero involucrarme en eso."	Comunicarte sin agresividad.
Aserción negativa	Reconocer un error sin afectar la autoestima.	"Cometí un error, pero estoy trabajando para cambiar."	Responsabilidad y autoconocimiento.
Reforzamiento del yo	Recordar los logros y motivos para cambiar.	"He trabajado mucho y no lo voy a tirar todo a la basura."	Fortalecer la autoconfianza a la recaída.
Rechazo sutil	Decir "no" de forma educada y amable.	"Ahora no me apetece hacer eso"	Evitar dañar las relaciones sociales.

Anexo N

Ficha señales de alerta

Tipos de señales	Descripción	Ejemplos
Señales cognitivas	Ideas automáticas que pueden activar el deseo	- Una vez no pasa nada - Yo puedo controlarlo - Me lo merezco después de todo lo que he pasado - Nadie se va a enterar - Esto no sirve para nada - Estoy harto de todo - Estoy recuperado, ya puedo controlarlo
Señales emocionales	Emociones o sensaciones físicas que pueden provocar una recaída	- Ansiedad o nerviosismo - Tristeza profunda - Soledad o vacío - Enfado/ira - Sensación de euforia exagerada
Señales conductuales	Cambios en la rutina o conductas que aumentan el riesgo	- Dejar de asistir a terapia - Aislarse de amigos o familiares - No seguir el plan - Volver a frecuentar zonas de consumo - Descuidar el sueño o la alimentación - Mentir u ocultar cosas
Señales sociales	Factores del entorno que estimulan el deseo de consumir	- Quedar con personas consumidoras - Ir a fiestas o reuniones en las que se consume - Problemas familiares o discusiones - Presión social para "volver a probarlo"

Anexo O

Certificado de participación y finalización del programa

CERTIFICADO

DE PARTICIPACIÓN

En el programa de intervención en adicciones

Este certificado se otorga a

Firma Director/a
del centro

Firma Psicólogo/a
responsable

Centro Penitenciario