

Marta Ruiz  
Rosa Santibáñez

## Presó, drogues i educació social

### Resum

Aquest article s'aproxima a la realitat penitenciària i a la seva relació amb les drogues des d'una perspectiva educativa. Comença amb la presentació de la realitat actual de les presons a nivell europeu i a nivell estatal: les xifres i el perfil de la població penitenciària, la problemàtica de les drogues i els consums, així com les conseqüències o problemàtiques associades. En el segon apartat, es descriuen els programes en actiu en el nostre entorn proper per a, finalment, abordar el paper que hi desenvolupa l'educació social. Aquesta última part destaca la importància d'una intervenció socioeducativa qualificada que contempli la reeducació i la reinserció de les persones privades de llibertat com a finalitat primordial. Que incorpori l'acompanyament des de la vida quotidiana en el procés de l'addicció com a punt de partida dins dels centres penitenciaris però que camini cap al treball en xarxa i la intervenció comunitària com a principals estratègies que poden garantir la inclusió social real.

### Paraules clau:

Presó, Drogodependències, Intervenció socioeducativa, Educació social

### Prisión, drogas y educación social

*Este artículo se aproxima a la realidad penitenciaria y su relación con las drogas desde una perspectiva educativa. Comienza con la presentación de la realidad actual de las prisiones a nivel europeo y a nivel estatal: las cifras y el perfil de la población penitenciaria, la problemática de las drogas y los consumos, así como las consecuencias o problemáticas asociadas. En el segundo apartado se describen los programas en activo en nuestro entorno próximo para, finalmente, abordar el papel de la educación social en el mismo. Esta última parte destaca la importancia de una intervención socioeducativa cualificada que contemple la reeducación y la reinserción de las personas privadas de libertad como fin primordial. Que incorpore el acompañamiento desde la vida cotidiana en el proceso de afrontamiento de la adicción como punto de partida dentro de los centros penitenciarios pero que camine hacia el trabajo en red y la intervención comunitaria como principales estrategias que pueden garantizar la inclusión social real.*

*Palabras clave:* Prisión, Drogodependencias, Intervención socioeducativa, Educación social

### Prison, Drugs and Social Education

*This article addresses the reality of prison life, and the role within it of drugs, from an educational perspective. It begins with the presentation of the current state of prisons at both the European and the Spanish level: the numbers and profile of the prison population, the problem of drugs and their consumption, and the consequences or associated problems. The second paragraph profiles active programmes in our immediate environment and goes on to look at the role of social education in this setting. This second section emphasizes the importance of professional social educational intervention in the rehabilitation and reintegration of former offenders as a primary objective, incorporating support in day-to-day life in the process of dealing with addiction as a starting point within prisons but oriented towards networking and community involvement as key strategies capable of ensuring genuine social inclusion.*

*Keywords:* Prison, Drug addiction, Community education intervention, Social education

### Com citar aquest article:

Ruiz Narezo, Marta; Santibáñez Gruber Rosa (2014). "Presó, drogues i educació social". *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 57, p. 116-132



▲ En l'última dècada, la població penitenciària s'ha incrementat en el conjunt dels països de la Unió Europea (EMCDDA, 2012a). A Espanya, aquest ascens ha estat especialment pronunciat. En només dues dècades, de 1990 a 2009, la població penitenciària ha crescut més del doble, passant de 33.035 interns el 1990 a 75.774 el 2009 (EMCDDA, MSPSI i DGPNSD, 2011). I juntament a aquest ascens en les xifres de la població penitenciària hem assistit a diversos canvis en la configuració d'aquest col·lectiu, augmentant els perfils considerats de baixa perillositat (Almeda, 2010).



El consum de drogues està estretament relacionat amb el món penitenciari. Segons indiquen Zurholds, Haasen i Stöver (2005), gairebé la meitat de la població reclusa europea ha consumit substàncies il·lícites en algun moment de la seva vida. Fins i tot un 10-48% d'homes i un 30-60% de dones han estat considerats drogodependents en els mesos anteriors a la seva entrada a presó (Fazel, Bains i Doll, 2006).

Tot i que l'article 25.2 de la Constitució Espanyola de 1978 afirmi que la finalitat primordial de la pena privativa de llibertat, i per extensió del compliment de la mateixa als centres penitenciaris, és la reeducació i reinserció social de les persones internades, esdevé si més no una paradoxa, si no un gran repte assolir-ho, atès que les institucions totals principalment estigmatitzen, segreguen i afavoreixen la discriminació i l'aïllament (Goffman, 1994).

El consum de drogues està estretament relacionat amb el món penitenciari

Aquest article s'aproxima a aquesta realitat des d'una perspectiva educativa i es basa en dos treballs previs sense publicar (Ruiz-Narezo, 2010; 2011). S'organitza en tres apartats començant amb la presentació, de manera fotogràfica, de la realitat actual de les presons a nivell europeu i a nivell estatal: les xifres i el perfil de la població penitenciària, la problemàtica de les drogues i els consums, així com les conseqüències o problemàtiques associades. Aquesta descripció serveix per identificar les necessitats més específiques en relació amb els consums i addiccions o substàncies. Al segon apartat es descriuen els programes en actiu en el nostre entorn proper per finalment abordar el paper que hi desenvolupa l'educació social, les funcions que cal dur a terme a l'interior dels centres penitenciaris, l'enfocament o model educatiu i l'orientació cap al treball en xarxa amb l'entorn comunitari.

## Drogues i presó: una realitat complexa i en constant canvi/evolució

En aquest primer apartat es presenten les dades ofertes per fonts oficials, referides a les principals taxes de consums, les substàncies, els perfils de les persones consumidores i les conseqüències que aquesta problemàtica comporta a l'interior dels centres penitenciaris amb una perspectiva comparada a nivell europeu.

El consum de drogues dins dels centres penitenciaris ha experimentat un important increment durant la darrera dècada (EMCDDA, MSPSI i DGPNSD, 2011). A nivell internacional, es calcula que entre 180.000 i 600.000 persones consumidores de drogues ingressen a presó en el conjunt de la Unió Europea (Drogomedia, 2010). En altres paraules, aproximadament la tercera part dels homes adults privats de llibertat a la Unió Europea, consumeixen drogues dins de la presó. A Espanya, aquesta xifra arriba al 50%. Pel que fa a la forma de consum de drogues, la injectada és la via menys utilitzada a les presons espanyoles però, atès que el seu entorn és molt tancat i l'accés a la substància i a l'instrument necessari per al seu consum és més difícil, les probabilitats de compartir l'instrumental i, com a conseqüència, de potenciar les malalties de transmissió augmenten. De fet, es calcula que prop d'un 50% de les persones privades de llibertat també pateixen malalties relacionades amb el consum de les drogues, i les més comunes són l'hepatitis C, seguida pel VIH, la tuberculosi i la SIDA (UNAD, 2008), la qual cosa exigeix una important aportació tant de recursos humans com econòmics per atendre aquesta situació.

La relació entre les variables drogues, delinqüència i presó fa temps que propicia un debat complex i polièdric com reflecteixen diversos autors (Goldstein, 1985; Santamaría i Chait, 2004; Stevens *et al.*, 2005). Hi ha diferents explicacions que situen el consum de drogues com a origen del delicte mentre que altres conceptualitzen el consum com una conducta desviada més, producte d'una estructura vital caracteritzada per l'exclusió i la manca d'oportunitats. On sí sembla que hi ha consens és en la constatació d'una realitat: l'existència de moltes persones dependents de la droga entre aquelles que tenen contacte amb l'entorn judicial i/o penitenciari al llarg de la seva vida. Algunes persones cometen delictes sota els efectes de les drogues, unes altres, en canvi, cometen els delictes per obtenir les substàncies o els diners necessaris per adquirir-les. En definitiva, resulta complicat establir el vincle o el tipus de relació existent entre el consum de drogues i la comissió de delictes (EMCDDA, 2012a). L'Informe Mundial sobre Drogues (UNODC, 2009) va dedicar un apartat complet per tractar el vincle existent entre les drogues i el delicte. En aquest apartat, s'explicitava que tot i que aquesta relació no ha de ser necessàriament directa, sí reconeix l'existència de moltes persones que cometen un delicte sota els efectes de les drogues o amb la clara intenció de finançar-ne el consum.

Malgrat tot, la relació en alguns casos, com per exemple en els delictes de possessió, venda, distribució, importació o exportació, així com en els consums i el tràfic de drogues, indiquen que la vinculació pot ser també directa. En aquest sentit, des de la Direcció de Drogodependències del Govern Basc (2007), s'indica que el 46,5% de les persones privades de llibertat ja tenien problemes de toxicomanies abans del seu ingrés a presó. Davant d'aquesta dada clara, trobem que entre un 3% i un 25% del col·lectiu reconeix haver iniciat el seu consum dins de les institucions penitenciàries i un 9% dels interns continua prenent substàncies il·legals de manera assídua dins de la presó (MSSSI, 2006).

Les presons poden ser considerades, en certa manera, un reflex de la societat exterior on poder observar determinades problemàtiques però d'una manera augmentada i matisada (EMCDDA, 2012b). Els resultats de l'Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (MSSSI, 2011) revelen que els centres penitenciaris compten amb un percentatge de persones consumidores molt superior al de la població general. Tot i que el consum de cocaïna i heroïna no sigui tan accessible dins de les institucions penitenciàries, el cànnabis i els tranquil·litzants es converteixen en les drogues més utilitzades. Actualment, la majoria de les persones tòxicòmanes són policonsumidores de substàncies com l'heroïna, la cocaïna i l'alcohol, acompanyats de psicofàrmacs i cànnabis. En ingressar a presó, descendeix la prevalença de consum d'aquestes drogues, i només es poden equiparar a les dades de l'exterior les relatives als consums de tranquil·litzants i cànnabis. En relació amb les drogues o substàncies consumides, l'EMCDDA (2012b) assenyala el cànnabis com la droga il·lícita més consumida dins de les presons europees amb una prevalença de vida que varia entre el 12% i el 70% entre les persones privades de llibertat que afirmen haver-la consumit almenys una vegada a la vida davant una prevalença en la població general d'entre un 1,6% i un 33%. La cocaïna se situaria com la segona droga il·lícita més consumida, seguida per les amfetamines i altres substàncies volàtils, hipnòtiques i sedatives (EMCDDA, 2012a). Pel que fa a l'heroïna, cal indicar que mentre que menys d'un 1% de la població general reconeix haver-la consumit, els nivells de prevalença entre els presos europeus són molt més alts, comptant amb les dades aportades per vuit dels tretze països inclosos a l'estudi i situant-se entre el 15% i el 39%.



Les presons poden ser considerades un reflex de la societat exterior on poder observar determinades problemàtiques però d'una manera augmentada i matisada

Apropanant-nos al perfil sociodemogràfic i penal/penitenciari d'aquestes persones (taula 1), les dades aportades a l'informe elaborat per EMCDDA, MSPSI i DGPNSD (2011), indiquen que la majoria de les persones privades de llibertat a Espanya són homes (92%), en una franja d'edat de 31 a 60 anys (66%), d'origen espanyol (64%) tot i que amb un important increment de persones estrangeres, penats (78%) per delictes relacionats tant amb la propietat (39%) com amb la salut pública (28%). La majoria provenen d'un estrat social i econòmic desfavorit.

**Taula 1.** Perfil sociodemogràfic i penal/penitenciari de la població reclusa espanyola

	Sexe	Edat	Origen	Situació Penal*	Delicte
Any 2009	Homes 92.0%	31-40 anys 34.88%	Estrangers 35.7%	Sentenciats 78.23%	Contra la propietat 39.2%
		31-60 anys 66%			Contra la salut pública 27.7%

Font: EMCDDA, MSPSI i DGPNSD (2011).

\* Percentatge de la població condemnada en virtut de la Llei Orgànica 10/1995 revocada del Codi Penal.

En aquest sentit, és important recordar que a mitjan anys noranta els patrons de consum i el perfil dels consumidors de drogues van experimentar alguns canvis entre la població general, cosa que alhora va repercutir en els consums realitzats dins dels centres penitenciaris, tot incorporant-se el consum d'altres substàncies il·lícites, principalment la cocaïna, així com el mitjà de consum que evoluciona de la injectada o l'esnifada o fumada.

Identificació d'un nou grup o perfil anomenat *drogoaddictes integrats* referint-se a persones usuàries de drogues que no responen al "perfil habitual"

Seguint amb aquesta comparativa entre societat general i població penitenciària, resulta també d'interès tenir en compte els canvis produïts pel que fa a la percepció social de les drogues i l'evolució en el perfil del consum en la societat en general. Mentre que fa diverses dècades els consumidors habituals s'associaven a un grup de persones en alt grau d'exclusió social, actualment les drogues són utilitzades també en entorns de lleure i diversió per persones de diversos estrats socials. La droga està adquirint una visió de caràcter més lúdic fins i tot arribant a ser utilitzada com a eix central de la socialització dins del que s'ha denominat consum recreatiu (EMCDDA, 2002). Tot això ha fet augmentar el nombre de persones que es poden veure afectades per la droga, pel fet d'entendre's com una cosa més "normalitzada", estesa o freqüent a nivell social i que no només afecta les persones en situació o en risc d'exclusió social. En aquesta línia s'emmarca el treball desenvolupat per Leganés (2010) amb la identificació d'un nou grup o perfil que anomena *drogoaddictes integrats* referint-se a una persona usuària de drogues que no respon al perfil considerat fins al moment com "perfil habitual". Ens presenta un home, d'entre 30 i 40 anys d'edat, que viu generalment amb la seva família i amb els seus fills i fins i tot treballa. En definitiva, ens trobem davant d'un nou perfil vinculat al consum de drogues. En aquest grup trobem persones "integrades socialment" que comencen amb una important problemàtica de drogues, principalment cocaïna, i que poden arribar a delinquir cometent petits robatoris o estafes dins del seu entorn laboral.

El fenomen de les drogues, a més de la seva problemàtica vinculada a les conductes delictives i a un perfil cada vegada més divers, comporta una sèrie de dificultats i conseqüències associades, entre les quals trobem malalties de transmissió com l'hepatitis, el VIH i la SIDA, i més recentment la ja coneguda patologia dual.

Les dades referides al VIH i la SIDA resulten a Espanya alarmants, tot i que aquestes xifres si bé han estat facilitades per fonts oficials, troben importants contradiccions. Segons l'EMCDDA (2012b), entre els cinc països que proporcionen dades sobre la infecció del VIH entre consumidors de drogues intravenoses a les presons entre 2005 i 2010, la prevalença del VIH va oscil·lar entre el 0% i el 7,7% en quatre països, mentre que Espanya, que és el cinquè país, va registrar una prevalença del 39,7%<sup>1</sup>.

També la patologia psiquiàtrica en general i dual en particular, entesa com la coexistència d'un trastorn psiquiàtric i un altre causat pels abusos de substàncies, afecta de manera molt elevada les persones privades de llibertat a

Espanya (PRECA, 2011; Torrens, 2008), i se subratlla la gravetat clínica, psicopatològica, mèdica i social d'aquest trastorn. Segons l'estudi PRECA (2011, p. 11), la prevalença de malaltia mental entre el col·lectiu privat de llibertat és cinc vegades més gran que la registrada en la població general. En concret, prop d'un 80% de la població penitenciària ha sofert en algun moment de la seva vida un trastorn mental i prop d'un 40% el presenta en l'actualitat, incloent-s'hi el consum de drogues. En paraules de Leganés (2010, p. 515) un 50% de les persones amb malaltia mental tenen alhora un ús abusiu de les drogues (generalment cànnabis, alcohol i cocaïna, seguit de psicofàrmacs). Aquesta situació es veu agreujada amb l'ingrés a presó, ja que s'afegeix a les conseqüències físiques, socials i psicològiques derivades d'un internament d'aquesta mena en una institució total (Goffman, 1994).



Una revisió sistemàtica de 62 estudis que abracen unes 23.000 persones privades de llibertat de 12 països d'arreu del món va mostrar que prop d'un 65% de les persones privades de llibertat presenten un trastorn de salut mental, que pot anar des d'un trastorn de personalitat (42-65%, sobretot el trastorn antisocial) a la depressió (10-12%) o malalties psicòtiques (4%, incloent-hi esquizofrènia, episodis maníacs i trastorn delirant). Aquests trastorns representen un seriós factor de risc per al suïcidi. Totes aquestes dades més "objectives", de diagnòstic extern, es consoliden amb la percepció i vivència personal dels interns quan gairebé un 66% de la població penitenciària percep el seu estat de salut com a pitjor que quan estava en llibertat (MSSSI, 2011).

Tal com s'indica des de la Secretaria General d'Institucions Penitenciàries (SGIP i SGCSP, 2013), l'any 2012 es van produir a les presons espanyoles 166 òbits, és a dir, hi hagué una mort cada dos dies. Un 96% de les persones mortes eren homes amb una mitjana d'edat de 46 anys. Tanmateix, i seguint les mateixes fonts oficials, només un 18,7% són considerades morts violentes per drogues<sup>2</sup> i el 5,4% com a morts naturals derivades del VIH o la SIDA<sup>3</sup>. En relació amb morts i sobredosis cal indicar que en el període immediatament posterior a l'excarceració augmenta la probabilitat de mort per sobredosi tal com il·lustren diversos estudis longitudinals (OEDT, 2011).

En definitiva, i després de repassar les dades ofertes per fonts oficials, podem concloure que les presons reproduïxen certes tendències socials pel que fa als consums però amb les seves peculiaritats i matisos. Percentualment, un major nombre de persones privades de llibertat compten amb una relació problemàtica amb les substàncies abans i durant la seva estada a presó. Si s'al·ludeix, tanmateix, a la quantitat que aquestes persones consumeixen, s'observa que disminueix principalment per les dificultats d'accés a les substàncies. Aquesta dimensió global és més accentuada en el cas de l'heroïna i la cocaïna. En altes paraules, l'internament a presó sembla forçar la persona a deixar o reduir els consums, tot i que també sembla existir un percentatge petit de població reclusa que afirma haver-se iniciat en el món de les drogues amb el seu ingrés a presó. Les substàncies més consumides a l'interior són

Resulta de màxim interès mantenir-se atents no només als canvis produïts al voltant de la substància sinó al perfil de les persones afectades

també les de més fàcil accés. Per últim, tot i que no menys important, si volem poder articular una intervenció socioeducativa en un context tan advers, resulta de màxim interès mantenir-se atents no només als canvis produïts al voltant de la substància sinó al perfil de les persones afectades per aquesta problemàtica així com a la diversitat de conseqüències associades.

## Intervenció i tractament

Després d'aproximar-nos a la realitat dels consums a la presó, ens endinsem ara en les respostes articulades a través dels diferents programes d'intervenció que es duen a terme en l'entorn penitenciari. Resulta paradoxal però real que moltes d'aquestes persones no han rebut assistència ni tractament en la seva vida a l'exterior. Es calcula que només un quart de la població penitenciària, més concretament el 28% dels interns, havien realitzat tractament estant en llibertat (Drogomèdia, 2010; MSSSI, 2011).

La toxicomania produeix importants desestabilitzacions i problemes de desestructuració personal atesa la gravetat de les conseqüències tant físiques com psíquiques i socials que porten associades. No podem oblidar aquí que la finalitat primordial de la pena privativa de llibertat, segons la Constitució Espanyola (1978) en el seu article 25.2., és la reeducació i reinserció social. Juntament amb aquesta finalitat, l'Administració Penitenciària és responsable de vetllar per la vida, la integritat i la salut de les persones ingressades en els seus centres.

En l'actualitat les presons espanyoles compten amb diferents programes adreçats al tractament de les toxicomanies dins dels mateixos centres penitenciaris, atenent a l'especial gravetat d'aquesta situació i a la necessitat de comptar amb activitats terapèutiques i reinseridores per a totes aquelles persones consumidores actives o en procés de deshabitació i desintoxicació. Des d'Institucions Penitenciàries es constata una doble necessitat, d'una banda, la de reduir l'oferta i, d'altra banda, la de comptar amb programes d'intervenció adreçats a la població penitenciària que es vegi afectada per aquesta problemàtica, per reduir, alhora, la seva demanda. La Secretaria General d'Institucions Penitenciàries (SGIP, 2012), estructura la intervenció en base a tres àrees fonamentals: la prevenció, l'assistència i la reincorporació social.

Des de la prevenció s'intenta intervenir en la població penitenciària mitjançant programes, serveis i activitats adreçades a la sensibilització, l'enteniment i la comprensió dels efectes i conseqüències del consum de drogues. Aquests programes tenen la clara intenció d'afavorir l'educació per a la salut mitjançant el canvi d'actituds i percepcions dels presos davant les drogues, basant aquesta intervenció en l'empoderament de les persones perquè siguin capaces de dir que no als consums així com per afavorir una adequada inserció social.

Des de la vessant més assistencial, es realitza una intervenció sobre els propis consums des d'un enfocament biopsicosocial amb la intenció d'assolir la millora de la qualitat de vida de les persones privades de llibertat drogodependents, tractant en la mesura del possible d'aconseguir la deshabitució i desintoxicació o en els casos en què no sigui possible afavorir la reducció de risc i danys; per això existeixen els Programes d'Intercanvi de Xeringues<sup>4</sup> (PIJ) i els Programes de Tractament amb Metadona.



Entre els primers s'inclouen tots els programes de deshabitució que s'orienten a l'abstinència. Per això, cal en un primer moment realitzar una intervenció de caràcter sanitari seguida d'una intervenció de caràcter psico-social:

- *Intervenció sanitària o desintoxicació (primera fase)*, essent un programa en què s'elimina la dependència física a les substàncies addictives mitjançant el tractament purament farmacològic. Aquest procés haurà d'anar acompanyat d'altres accions de suport, com per exemple la intervenció psicosocial.
- *Intervenció psicosocial o deshabitució (segona fase)*, en què té lloc l'eliminació de la dependència, essent un procés molt més llarg i complex, en el qual caldrà facilitar diferents elements, estratègies i pautes d'intervenció que empoderen la persona i la capaciten per afrontar l'addicció. Alhora, aquesta mena d'intervencions es podran realitzar amb caràcter ambulatori o mitjançant l'ingrés de la persona privada de llibertat en un mòdul terapèutic. Els interns poden aquí desenvolupar activitats terapèutiques dins dels diferents programes que vagin creant. D'altra banda, se situen els mòduls terapèutics que són els mòduls independents en què conviuen els interns que es troben dins del programa integral de drogodependències, essent un espai lliure de les interferències propiciades per la droga, amb un marcat caràcter terapèutic i socioeducatiu en què impulsen actituds, valors i hàbits basats en la normalització i la reincorporació social.

Dins dels programes classificats de la reducció de risc i dany que tenen com a finalitat evitar els contagis i les infeccions així com impedir el deteriorament de la salut i la reducció de l'activitat delictiva i els consums de substàncies, poden situar-se principalment els dos programes següents:

- *El programa d'intercanvi de xeringa (PIJ)* s'inicia atenent l'alta taxa de malalties i mortalitat propiciada pel consum de drogues per via injectada mitjançant xeringues ja emprades prèviament. L'objectiu del PIJ té la intenció de preservar la salut dels consumidors de drogues per via injectada i promoure l'ús d'instrumental esterilitzat. Segons les dades de l'Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (MSSSI, 2011), tres de cada quatre injectadors són positius per a VHC (hepatitis C) i un de cada tres injectadors són positius per



a VIH, i existeix un 30,5% de coinfectats per a VIH i VHC. Encara avui, un de cada cinc interns té la creença que compartir estris d'injecció no comporta risc de contagi, segons les mateixes fonts.

- *El programa de tractament amb metadona*, entès com un programa de tractament de la dependència que contempla múltiples beneficis no més per a l'intern sinó també per a l'entorn que el rodeja, ja que afavorirà la disminució del consum de drogues, evitarà el consum per via parenteral i millorarà l'estat físic i mental així com el descens de la conflictivitat. Quan el tractament amb metadona s'associa a una intervenció amb caràcter psicosocial i des d'un enfocament reinseridor, prepara la persona per a la seva normalització i per a la seva inclusió social.

Cal afegir aquí les dades relatives a la participació i valoració per part dels interns pel que fa a programes d'intervenció (MSSSI, 2011). Un 26% dels interns amb problemes d'addicció a substàncies han rebut tractament durant la seva estada a presó; un 40% en programes de deshabitució i un 51% en programes de substitució (tractament per metadona). De tots dos programes, la deshabitució rep una millor valoració pels mateixos interns que el tractament amb metadona amb un 76,2% davant d'un 71,3%.

Per últim, es contempla una última àrea d'intervenció, la reincorporació social de les persones privades de llibertat drogodependents, compresa com l'última fase o moment del procés. Els programes de reincorporació social tenen com a objectiu assolir l'adequat desplegament personal, familiar, social i psicològic per part de la persona. La intervenció se centra en les diferents àrees de la vida personal per oferir possibilitats d'èxit en el seu nou període de llibertat i el seu procés d'inclusió social.

En aquest sentit, el Reglament Penitenciari vigent (RP), aprovat per Real Decret 190/1996 de 9 de febrer, recull les diferents modalitats en què pot tenir lloc el règim obert en els articles 80 i següents. És important no oblidar que el règim obert acull només persones privades de llibertat classificades en tercer grau penitenciari. Juntament amb això ens trobem amb dos programes específics per a les persones internes amb problemàtiques de drogodependències. Aquí es contemplen les que, d'alguna manera, s'orienten a la reincorporació social de les persones preses drogodependents:

- *Les unitats dependents per al tractament* dels interns classificats en tercer grau (art. 165 i art. 167) són unitats arquitectòniques ubicades fora del recinte penitenciari que ofereixen serveis i prestacions formatives, laborals i tractamentals i són gestionats per entitats no penitenciàries però en estreta coordinació amb l'Administració Penitenciària.

- *Les unitats extra penitenciàries* destinades també per a interns classificats en tercer grau que necessitin tractament de deshabitació de substàncies amb entitats col·laboradores amb l'Administració Penitenciària (art. 182).

En resum, la realitat presentada en el primer apartat necessita una resposta que almenys s'iniciï a l'interior dels centres penitenciaris. Si bé és evident que el context penitenciari no és un entorn ideal per al tractament, pot constituir l'inici d'una intervenció que vagi connectant la persona amb el seu propi mitjà i amb els recursos comunitaris.



## El paper dels professionals de l'educació social

Des de l'inici d'aquest article estem analitzant els paral·lelismes i matisos entre la societat general i la població penitenciària. La intervenció en toxicomànies es realitza a l'exterior des d'unes coordenades que s'haurien de poder traslladar a l'interior dels centres penitenciaris en la mesura del possible. El paper dels equips de tractament, però en el nostre cas més concret, el dels professionals de l'educació social, s'erigeix com un dels més rellevants. Aquesta intervenció es basa en diversos principis jurídics i d'intervenció socioeducativa.

Si bé és evident que el context penitenciari no és un entorn ideal per al tractament, pot constituir l'inici d'una intervenció

- 1. La reeducació i reinserció social com a finalitats primordials de la pena privativa de llibertat.** No podem oblidar que la Carta Magna (Constitució, 1978) estableix aquests dos aspectes, individual (reeducació) i social (reinserció), com els objectius primordials als quals ha d'estar orientada l'execució de les penes privatives de llibertat. Tanmateix, ja s'ha definit amb anterioritat que l'entorn penitenciari no constitueix un entorn òptim per a l'aprenentatge, amb la incorporació i generalització d'aquests aspectes al bagatge personal. Entre els elements més negatius per fer-ho possible trobem l'entorn o context tancat de la presó, considerada una institució total amb totes les conseqüències i problemàtiques associades, així com la vivència per part de les persones privades de llibertat d'aquest entorn com un càstig imposat. La consciència d'aquesta situació ens ha d'animar a trobar solucions estructurals alternatives a la presó però, alhora, a no oblidar les persones que es trobin en aquests moments ingressades als centres penitenciaris i a posar en primera línia de la nostra intervenció els objectius marcats per la llei juntament amb els principis de voluntarietat i individualització (art. 112 i art. 102.1 del Reglament Penitenciari).

Els programes d'intervenció han d'estar adreçats a la disminució dels factors de risc

Els programes d'intervenció amb les persones privades de llibertat han d'estar adreçats a la disminució dels factors de risc, tant els que tinguin lloc dins de la presó com els factors de risc propis de cada un dels interns i caldrà mirar d'augmentar i enfortir els factors de protecció. Tot això és un procés extremament complicat ja que, com indica Del Pozo (2008), tant la pedagogia social com l'educació social, malgrat els avenços experimentats, continuen estant relegades a un segon pla. El paper dels i de les professionals de l'educació social pot ser de gran valor en aquest entorn hostil.

2. **L'elecció d'un model d'intervenció:** Sembla necessari realitzar un canvi en els models actuals d'intervenció basats en idees correctives, punitives i sancionadores i mirar de caminar cap a una model d'acció socioeducativa que promogui l'empoderament, la transformació, la participació i el coneixement. Tal com indica Gil (2010) la intervenció a presó necessita accions pedagògiques desenvolupades per professionals qualificats i necessita ser un espai d'activitat i no un espai buit.

En relació amb l'àmbit específic de la intervenció amb persones amb problemes d'addicions, la intervenció es basa en la Teoria General de Sistemes (Bertalanffy, 1976) i en models de caràcter ecològic (Bronfenbrenner, 1987) o aproximació biopsicosocial, segons la qual el focus d'atenció no és tant la substància sinó la persona, en tota la seva complexitat, i les seves relacions amb la substància i els diversos escenaris socials en què participa. Des d'aquesta aproximació, la intervenció s'adreça a tots aquests elements personals (biològics, psicològics) i socials (família, relacions interpersonals, entorn laboral), així com a les relacions i interaccions que s'estableixen entre els mateixos. La traducció d'aquesta complexitat a la pràctica ha passat per la seqüenciació del tractament en diverses fases i el seu ajustament a processos individualitzats, tal com es defensa també en tot itinerari educatiu (Funes, 2009).

Tot i que la seva aplicació, en tota la seva extensió, és difícilment traslladable a l'interior de la presó, s'hi pot començar tot abordant els àmbits biològics i psicològics, per articular posteriorment la incorporació social i la participació comunitària. Des d'aquesta aproximació, no només millora la qualitat de vida, amb la desintoxicació i la prevenció d'altres patologies associades, sinó que s'aporten eines per a la dehabituació de les substàncies. Caride (2010) ens recorda que l'objectiu és aconseguir que les persones, a més de tenir consciència del seu entorn, siguin capaces de reflexionar i actuar-hi críticament, amb la intenció de transformar-lo i, per tant, de millorar-lo.

- 3. L'acompanyament en vida quotidiana** entès com l'establiment d'una relació estable, de confiança i significativa en la qual la persona es converteixi en protagonista d'aquest procés. Per a l'establiment d'aquesta relació es respectaran els temps o i els moments que aquesta necessita, l'acollida, els compromisos i la planificació, els progressos i reculades, i el punt final, proposats per Alonso i Funes (2009). L'acompanyament pot ser també operativitzat en la presència. La presència és una eina de gran poder d'influència en l'entorn comunitari però aplicables a espais tancats (Santibáñez, 2004). Només estar present, ser-hi, estar disponible, pot ser emprat en diferents direccions: com a proximitat, com a mitjà per retallar distàncies i esdevenir mediadors en una societat més horitzontal i participativa, i fins i tot com a denúncia i oposició (García-Roca 2000). Per últim, només la presència pot ser emprada com a suport per afrontar les dificultats personals i la reconstrucció de la identitat. Els educadors i educadores socials acompanyen tant psicològicament com físicament la persona privada de llibertat en els seus primers moments d'estada a la presó, en l'avaluació inicial, en activitats formatives, laborals i lúdiques o culturals realitzades en el mateix centre així com en els tractaments específics de toxicomanies i en definitiva en la incorporació d'uns hàbits de vida més saludables.



Aquest acompanyament es desenvolupa a la vida quotidiana. La vida quotidiana compleix un seguit de condicions importants: És compartida per totes les persones, és complexa, ofereix múltiples contextos d'aprenentatge i està plena de sentit per a les persones. Tota persona de qualsevol classe social i condició posseeix vida quotidiana, per la qual cosa és un element igualador en si mateix. És impossible privar algú de la seva vida quotidiana. Si bé és cert que les diferències entre el contingut de la vida quotidiana d'uns difereix molt de la dels altres, la quotidianitat pot ser emprada com a eina d'intervenció socioeducativa bàsica: per treballar els hàbits i l'estil de vida, els valors, les relacions interpersonals, la resolució de conflictes, les habilitats socials, l'autoestima, l'organització del temps i l'autonomia, entre d'altres. La vida quotidiana, a més, és complexa, atès que d'una banda conjuga sistematicitat, habitualitat, repetició i rutina, i per altra banda, imprevisió, atzar i caos. Tots els dies són iguals i, tanmateix, cada dia és únic i irrepetible. Aquesta complexitat facilita la intervenció integral que s'acaba de defensar atès que existeixen múltiples temps i contextos on intervenir. Per últim, la vida quotidiana posseeix significat i aporta sentit a les persones. Els aprenentatges que s'hi produeixen són construïts per i des de la persona i, sobretot, proporcionen el poder a cada persona de controlar i dirigir des d'ella mateixa la seva pròpia vida.

- 4. La intervenció comunitària i el treball en xarxa** com a fase en què articular la transició i sortida dels centres penitenciaris. Aquesta fase s'inicia amb la participació de diferents entitats que accedeixen a presó i es desenvolupa amb la sortida de les persones privades de llibertat, de manera més puntual a l'inici i de forma més estable en els darrers moments. Existeix la possibilitat d'accedir a tractaments específics de drogodependències utilitzant la xarxa de recursos comunitaris.

Cal implicar la comunitat perquè arribi a configurar una societat que incorpori i aculli

A més cal afegir la necessitat de continuar la intervenció i la comunicació entre tots els professionals implicats en el procés de la persona però no només dins del centre penitenciari. Cal, també, entendre i donar suport a la necessitat d'una intervenció comunicativa que treballi les conseqüències negatives produïdes en la persona derivada de l'estada en l'entorn carcerari, mitjançant la potenciació de capacitats i habilitats socials i comunicatives adequades i positives que afavoreixin la reincorporació social. És necessari abandonar les idees individualistes i centrar-nos en idees de caràcter comunitari que contemplin no només la persona, sinó també l'entorn en què es reinserirà posteriorment (família, entorn laboral, societat, etc.). La realitat sistèmica i complexa de les problemàtiques socials requereix dels diferents focus de saber o agents socioeducatius que conflueixen en el territori (entès des d'una perspectiva relacional i antropològica) en forma de xarxes. Les xarxes han de comptar amb el màxim nombre d'agents significatius de la comunitat i treballar de manera complementària i col·laborativa per crear respostes realment efectives i sòlides. Cal implicar la comunitat perquè arribi a configurar una societat que incorpori i aculli, basada en patrons de confiança i solidaritat, que redueixi la vulnerabilitat individual, humanitzi l'entorn vital col·lectiu i ofereixi oportunitats de realització personal. La prioritat és, en definitiva, construir estructures on cada persona pugui desenvolupar i construir la seva *humanitat* (Vilar, 2008).

- 5. La necessitat de professionals especialitzats i qualificats** en l'entorn penitenciari. Es parla habitualment de la intervenció socioeducativa realitzada per educadors penitenciaris i la importància d'aquests en la vida de les persones privades de llibertat, però volem subratllar que aquestes persones no són professionals especialitzats en pedagogia social o en educació social. Mentre que l'educador social, en paraules de Moran (2007, p. 2), "és un tècnic de la intervenció socioeducativa preparat per desenvolupar la seva activitat laboral amb un col·lectiu que presenta unes necessitats específiques, format en les tècniques d'animació, gestió i planificació de programes, i amb una sòlida formació per a l'adaptació a nous àmbits i formes d'intervenció", l'educador social penitenciari s'anomena per primera vegada l'any 1968. S'anomenen educadors socials penitenciaris en la seva majoria funcionaris del Cos Especial d'Institucions Penitenciàries (grup B) i posteriorment s'afegiran a aquesta funció del Cos d'Ajudants (grup C), després de realitzar un curs d'especialització a

l'Escuela de Estudios Penitenciarios de Madrid. Sembla que aquest curs capacita aquestes persones per exercir la professió d'educador social, malgrat que la majoria són persones que han cursat estudis relacionats amb les ciències jurídiques, criminologia, magisteri o treball social i malgrat que la titulació d'Educació Social existeix des del 1991.

A mode de conclusió, cal subratllar la importància d'una intervenció qualificada que contempli la reeducació i la reinserció de les persones privades de llibertat. Que incorpori un adequat acompanyament en el procés d'afrontar l'addicció com a punt de partida dins dels centres penitenciaris però que camini cap al treball en xarxa i la intervenció comunitària com a principals estratègies que puguin garantir la inclusió social real.



Marta Ruiz Narezo  
Educatrice social  
Investigadora Doctoranda en Educació  
Universitat de Deusto - Bilbao  
marta.ruiznarezo@deusto.es

Rosa Santibáñez Gruber  
Catedràtica de Pedagogia social  
Universitat de Deusto - Bilbao  
rosa.santibanez@deusto.es

## Bibliografia

**Almeda, E.** (2010). Privación de libertad y mujeres extranjeras. Viejos prejuicios y nuevas desigualdades. En: F. T. Añaños (Coord.). *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto* (p. 201-234). Barcelona: Gedisa.

**Alonso, I.; Funes, J.** (2009). "El acompañamiento social en los recursos socioeducativos". En: *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 42, 28-46.

**Bertalanffy, L. V.** (1976). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura económica.

**Bronfenbrenner, U.** (1987). *La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

**Caride, J. A.** (2010). La educación social como práctica de y hacia la libertad en contextos penitenciarios. En: F. T. Añaños (coord.). *Las mujeres en las prisiones. La educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. (p. 45-64). Barcelona: Gedisa.

**Constitución Española** (1978). BOE núm. 311, de 29/12/1978.

- Del Pozo, F. J.** (2008). Los programas individualizados socioeducativos de tratamiento en las Unidades dependientes de madres. En: Añaños, F. T.; Del Pozo, F. J.; Mavrou I. (Coords.). *Educación Social en el Ámbito Penitenciario: Mujeres, Infancia y Familia*. (p. 488-503). Granada: Nativola.
- Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco** (2007). Dossier documental sobre la drogodependencia en el medio penitenciario. Observatorio Vasco de Drogodependencias, País Vasco. [Documento disponible]: <http://www.drogomedia.com/dossiers1.php?dossier=6>
- Drogomedia** (2010). Departamento de Salud de Gobierno Vasco. Drogodependencia en el medio penitenciarios. Dosieres documentales. [Documento disponible en:] [http://www.drogomedia.com/dossiers1\\_lasclaves.php?dossier=6](http://www.drogomedia.com/dossiers1_lasclaves.php?dossier=6)
- EMCDDA**<sup>5</sup> (2002). Las drogas en el punto de mira. Uso recreativo de las drogas: un reto a nivel de la UE. Sumario 6 bimensual. ISSN 1681-6307. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.
- EMCDDA; MSPSI**<sup>6</sup>; **DGPNSD**<sup>7</sup> (2011). 2011 National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point "SPAIN". New Developments, Trends and In-Depth Information on Selected Issues. Reitox
- EMCDDA** (2012a). Annual Report 2012: the state of the drugs problem in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA** (2012b). Prisons and drugs in Europe: the problem and the responses. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Fazel, S.; Bains, P.; Doll, H.** (2006). "Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review". En: *Addiction* 101, p.181-191.
- Funes, J.** (2009). "Transiciones, itinerarios y procesos". En: *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 42, 15-27.
- García-Roca, J.** (2000). "Exclusión social y pedagogía de la responsabilidad". En: *VVAA. Otras culturas, otras formas de vida*. Bilbao: Forum Deusto.
- Gil, F.** (2010). "La acción pedagógica en las prisiones. Posibilidades y Límites". En: *Revista Española de Pedagogía*, 245, enero-abril 2010.
- Goffman, E.** (1994). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldstein, P.** (1985). "The drugs-violence nexus; a tripartite framework". En: *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.
- Leganés, S.** (2010). "Drogas, delincuencia y enfermedad mental". En: *Revista Española de Drogodependencias*, 35, 4, 513-532.
- Llei Orgànica 10/1995**, de 23 de Novembre del Codi Penal (BOE n. 281 de 24 de Novembre de 1995).
- Moran, J. A.** (2007). La figura del educador social penitenciario de medio abierto. Comunicación del IV Congreso Estatal del/a Educador/a Social. [Disponible en:] <http://www.eduso.net/archivos/IVcongreso/comunicaciones/c4.pdf>
- MSSSI**<sup>8</sup> (2006). Encuesta estatal sobre salud y drogas entre los internados en prisión. Madrid: Autor.

**MSSSI** (2011). Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias, ESDIP (2011). Unidad de Sistemas de Información y Documentación DGPNSD (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas). [Document disponible en:] [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESDIP\\_2011.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESDIP_2011.pdf)

**OEDT<sup>9</sup>** (2011). Mortality related to drug use in Europe: public health implications, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

**PRECA** (2011). Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (estudio preca) [Disponible en:] <http://www.derecho-penitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2505>

**Reglament Penitenciari**. Reial Decret 190/1996, de 9 febrer BOE 15 febrer 1996.

**Ruiz-Narezo, M.** (2010). *La situación de la droga en la cárcel, mitos y realidades*. Treball final de grau d'Educació Social. Facultat de Psicologia i Educació. Universitat de Deusto, Bilbao. Text inèdit.

**Ruiz-Narezo, M.** (2011). *Fundamentación y realidad legislativa y asistencial en materia de drogas con personas internadas en centros penitenciarios; Europa, España y CAPV*. Tesina Máster Drogodependencias y otras adicciones, Instituto Deusto Drogodependencias. Universitat de Deusto, Bilbao. Text inèdit.

**Santamaría, J. J.; Chait, L.** (2004). "Drogadicción y delincuencia. Perspectiva desde una prisión". En: *Revista Adicciones*, 16, 3, 207-217.

**Santibáñez, R.** (2004). "Exclusión y ciudadanía. Los retos de la pedagogía social". En: F. Burrows (comp.) (2004). *Caminos para la ciudadanía*. Actas del Congreso de Participación ciudadana, Pedagogía Social y Desarrollo Local de Villarrica. Villarrica, Chile. [Disponible en:] [http://www.pucvillarrica.cl/files/active/0/actas\\_congreso.doc](http://www.pucvillarrica.cl/files/active/0/actas_congreso.doc)

**SGIP<sup>10</sup>** (2012). Programas de intervención con drogodependientes. [Disponible en:] <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/drogodependencia.html>

**SGIP; SGCSP<sup>11</sup>** (2013). Informe epidemiológico sobre mortalidad en II.PP. Año 2012. Área de salud pública. [Disponible en:] [https://www.acaip.es/images/docs/040214\\_informe\\_sgiipp\\_mortalidad\\_prisiones.pdf](https://www.acaip.es/images/docs/040214_informe_sgiipp_mortalidad_prisiones.pdf)

Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kersch, V., Oeuvray, K., Van Oyen, M., **Steffan, E.; Uchtenhagen A.** (2005). "Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review". En: *Substance Use & Misuse*, 40, 269-283.

**Torrens, M.** (2008). "Patología dual: Situación actual y retos de futuro". En: *Revista Adicciones*, 20, 4, 315-320.

**UNAD<sup>12</sup>** (2008). *Drogodependencias y Prisión. Estudio sobre la situación de personas con problemas de drogas en Prisión*. Madrid: Autor.

**UNODC<sup>13</sup>** (2009). *Informe mundial sobre las drogas 2009: Resumen ejecutivo*. [Document disponible]: [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/Executive\\_summary\\_Spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf)

**Vilar, J.** (2008). "Implicaciones éticas del trabajo en red y la acción comunitaria". En: *Cultura y Educación*, 20, 3, 267-277.





**Zurhols, H.; Haasen, C.; Stöver, H.** (2005). Female drug users in European prisons: a European study of prison policies, prison drug services and the women's perspectives, Bibliotheks-und Informations system der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.

- 
- 1 Existeixen importants contradiccions en relació amb les dades facilitades de la població penitenciària infectada pel VIH ja que, mentre que en el document citat, l'EMCDDA (2012b) indica que a Espanya la prevalença arriba a un 39,7%, un altre estudi realitzat també per l'EMCDDA, MSPSI i DGPNSD (2011) indica que la prevalença és d'un 7%. Aquestes importants diferències poden ser degudes al sistema de valoració o pot ser si, per error, es poguessin incloure en el primer percentatge la prevalença de l'hepatitis C.
  - 2 Es comptabilitzen les morts causades per la reacció adversa a les drogues.
  - 3 S'hi inclouen les morts de persones infectades per VIH i per patologies que hi estan relacionades.
  - 4 NdT: "Programas de Intercambio de Jeringuillas" en l'original castellà, per això mantenim la sigla PIJ.
  - 5 EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
  - 6 MSPSI – Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.
  - 7 DGPNSD – Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues.
  - 8 MSSSI – Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.
  - 9 OEDT – Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies.
  - 10 SGIP – Secretaria General d'Institucions Penitenciàries.
  - 11 SGCSF - Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria
  - 12 UNAD - Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente
  - 13 UNODC - Oficina de Naciones Unidas contra Drogas y Delitos
-