



**LA INFLUENCIA DE LAS UNIDADES
TERAPÉUTICAS EDUCATIVAS EN LA
REINSERCIÓN SOCIAL**

Autora: Isabel Mateos Prada
Tutora: Nasara Cabrera Abu
03/06/2019

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1. MARCO CONCEPTUAL	3
2.1.1. Evolución de los centros penitenciarios	3
2.1.2. Centros de Inserción Social (CIS)	6
2.1.3. Módulos Terapéuticos o Unidad Terapéutica y Educativa (UTE)	8
<i>2.1.3.1. Acceso a la Unidad</i>	<i>9</i>
<i>2.1.3.2. Organización social</i>	<i>10</i>
<i>2.1.3.3. Expulsión de la Unidad</i>	<i>11</i>
<i>2.1.3.4. Actividades/ Programas</i>	<i>11</i>
2.1.4. Tratamiento Penitenciario	12
2.1.5. Centros Extrapenitenciarios	16
2.1.6. Reinserción Social	17
2.1.7. Reincidencia	19
2.1.8. Drogodependencia	21
2.2. MARCO EMPÍRICO	24
3. METODOLOGÍA	33
3.1. OBJETIVOS	33
3.2. HIPÓTESIS	33
3.3. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA	34
<i>3.3.1. Método</i>	<i>34</i>
3.4. MUESTRA	37
4. VALORACIÓN PERSONAL, AUTOEVALUACIÓN Y SUGERENCIA	42
BIBLIOGRAFÍA	45
Anexo - 1	49
Anexo - 2	51
Anexo - 3	52

1. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación pretende indagar sobre la función de reinserción social asociada a la Unidad Terapéutica Educativa (UTE) del Centro Penitenciario de Tahiche (Lanzarote), a partir de las opiniones e historias de vida de las personas que han pasado por ella (presos) y los profesionales que intervienen en la unidad.

Se ha seleccionado este tema a partir de la realización de las prácticas de análisis de la realidad que se llevaron a cabo en la prisión.

Parte de las prácticas se realizaron en una unida alternativa llamada Unidad Terapéutica Educativa bajo la dirección de una trabajadora social, encargada y coordinadora del equipo multidisciplinar de la unidad. Donde la asistencia, dedicación y esfuerzo es diario y constante.

Tras los dos años de prácticas (3º y 4º) se observó como internos que habían comenzado el tratamiento educativo abandonaban solicitando el traslado a otro módulo, donde no se les ofrecía tan buenas expectativas de futuro. O internos rehabilitados que regresan nuevamente a la prisión.

La razón del proyecto es la de comprobar si el sistema alternativo funciona, así como los motivos que dan lugar al abandono.

Desde el principio, el trabajo nos sumerge por un recorrido sobre la evolución de las prisiones hasta llegar a las construcciones de hoy en día. Estructuras preparadas para llevar a cabo el nuevo sistema penitenciario dirigido a la reeducación y reinserción social establecido en la Constitución Española de 1978 y desarrollada en posteriores marcos legislativos.

No se detalla el marco jurídico como apartado, ya que la propia evolución de la realidad penitenciaria ha estado supeditada a las diferentes leyes en el transcurso de los siglos, por lo que se ha optado por integrar las leyes a lo largo del marco conceptual.

El Marco Teórico se ha dividido en dos subapartados; por un lado, el marco conceptual donde se recogen todas las descripciones de los distintos centros, departamentos y conceptos asociados a la Unidad Terapéutica Educativa. Siendo uno de los apartados más importante el destinado a describir el comienzo, evolución, estructura y organización de la unidad, ya que nos permitirá tener una visión más clara del trabajo durante la lectura de este. Por otro lado, el marco empírico, donde se han recopilado estudios de

investigaciones llevados a cabo desde el ámbito psicológico y educativo sobre la reincidencia de los internos en las UTE.

La metodología aplicada es de carácter cualitativa en la que se ha utilizado la técnica de la entrevista semiestructurada.

En el proyecto se han desarrollado dos tipos de entrevistas: una dirigida a conocer las vivencias de los internos, y la otra sobre el tipo de tratamiento que se lleva a cabo en la unidad y la visión profesional del trabajo.

La muestra recoge un amplio abanico de internos con la intención de conocer la experiencia de todos aquellos que están en la unidad, los que han abandonado o han sido expulsados, los que han regresado después de haber estado en libertad y los que se han reinsertado.

En la última fase del trabajo se recoge la valoración y autoevaluación del trabajo. Aportando una visión personal de cada una de las hipótesis.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONCEPTUAL

2.1.1. Evolución de los centros penitenciarios

Los centros penitenciarios han sido instituciones que han existido en todas las naciones y en cualquier época, asumiendo diversas formas según los tiempos, los países y los regímenes jurídicos.

En la Edad Media las cárceles eran establecimientos destinados a custodiar a los delincuentes convictos con carácter preventivo, para luego someterlos a todo tipo de castigos, o a la muerte en plazas o lugares públicos.

La reclusión en centros aparece con la civilización y con las sociedades estructuradas preocupadas en cómo anular el crimen, utilizando el castigo en mazmorras subterráneas o construcciones abovedadas en las que poco o nada se respetaba la condición humana del preso. (Gudín, 2007)

Durante los siglos XVI y XVII, países como Francia, Inglaterra, España y Portugal implantaron el encierro para tener mano de obra en trabajos forzados.

En Bélgica y Roma aparecen los dos primeros establecimientos penitenciarios, lugares contruidos específicamente para servir de prisión.

En España, en el siglo XVIII, se establece un sistema de utilidad de los reos para atender las necesidades del Estado. Enviaban a los presos a cumplir la condena a diferentes lugares y trabajos en galeras, minas, los arsenales de Cartagena e, incluso, en el propio ejército. (Cruces y Aquesolo, 2006)

En esta época, se crean las galeras o cárceles de mujeres, una especie de reformatorios en los que, según se deriva del pensamiento de la época, se corregían a las mujeres prostitutas, mendigas, vagabundas, etc. Donde combinaban el encierro con la disciplina del trabajo de costura como medio “corrector” a cargo de personal religioso. (Burillo, 1999)

En 1834 se publicó la Ordenanza General de los Presidios del Reino, estableciendo la estructura interna de los centros penitenciarios. En el decreto se dividen los presidios en tres categorías:

1. Depósitos Correccionales: destinados a reos con penas de menos de dos años.
2. Presidios Peninsulares: para condenados de dos a ocho años.
3. Presidios de África: para condenados a más ocho años.

La Ley de 26 de julio de 1849 de Régimen General de Prisiones, cárceles y casas de corrección, establece que todas las prisiones civiles pasarían a estar bajo la dependencia del Ministerio de la Gobernación en cuanto a su régimen interior y administración económica. Separando, de esta manera, las prisiones militares dependiente del Ministerio de la Guerra. Esta ley también dividió, a su vez, los establecimientos penitenciarios en:

- Depósitos municipales
- Cárceles de partido.
- Cárceles de capitales de audiencias y
- Establecimientos penales

En cuanto a la arquitectura, los Establecimientos Penitenciarios han ido evolucionando a la par con el tratamiento y sistema penitenciario establecidos en cada momento.

Las primeras prisiones no presentaban un modelo arquitectónicamente determinado, sino que se utilizaban edificios como los cuarteles, calabozos, posadas, etc., considerados lugares de reclusión para los acusados en espera de juicio, donde se mezclaban a niños, jóvenes, adultos y ancianos; mujeres y varones; sanos y enfermos mentales, mendigos y delincuentes.

Durante los siglos XVI y XVII la pena privativa de libertad comienza a imponerse como pena principal. (Alvarado, 2012)

Es en este período cuando surgen las primeras prisiones como centro de cumplimiento sirviéndose de castillos, monasterios, conventos y naves en desuso y empleando sus habitaciones como celdas para recluir a los delincuentes. Las celdas, además de separación entre reclusos, permitían llevar a cabo el sistema establecido en los centros (trabajo en común diurno y separación nocturna). (Altmann, 1970; Gudín, 2007)

Para llevar a cabo el sistema celular (división por celdas) las nuevas construcciones en el siglo XVIII se basaban en celdas pequeñas y un patio central de grandes dimensiones donde los internos trabajaban encadenados de un pie.

En el siglo XIX en Europa aparece el sistema penitenciario filadélfico, que consistía en que los presos quedaban en un confinamiento solitario absoluto, vivían y trabajaban en sus celdas unipersonales, y tenían en la parte posterior un reducido patio para ejercicios, al que salían durante una hora al día. Este sistema dio lugar a diferentes concepciones arquitectónicas.

En España, la Ley de 1869 de 21 de octubre pretendía una financiación para edificios dignos que se destinaran a cárceles habitables, permitía la existencia de trabajos forzados, siempre que fueran de utilidad pública, establecía la separación de presos comunes y políticos, y declaraba que el régimen penitenciario debía de estar dirigido a la reeducación y corrección del penado.

Para llevar a cabo la normativa se construyen las nuevas prisiones tipo radiales basadas en el modelo panóptico, con un punto central de vigilancia (torre) que permitía visualizar las celdas de los internos construidas alrededor. También en estas cárceles se construyeron celdas de aislamiento y celdas compartidas (destinadas a los presos preventivos y a los condenados a penas de corta duración). (Montagut, 2015)

A día de hoy para llevar a cabo el cumplimiento de los distintos regímenes de vida (cerrada, ordinaria, abierta), así como el tratamiento penitenciario, establecido en la Ley Orgánica de 1979 se construyen las cárceles divididas por módulos¹. Los módulos facilitaban las separaciones pertinentes entre internos con diferente régimen de vida, espacio para realizar trabajos, actividades, escuelas, cultos y talleres. (Montagut, 2015)

En las prisiones actuales podemos encontrar módulos de ingreso, módulos terapéuticos como las Unidades Terapéuticas Educativa, módulos de respeto, módulos de aislamiento (régimen cerrado), módulos de régimen normalizado, departamento de enfermería, cocina, talleres y escuelas.

Para el cumplimiento del tercer grado se construyen prisiones anexas dependientes o independientes de la prisión principal llamas Centros de Inserción Social (CIS).

¹ Conjunto de dependencias dentro del Centro Penitenciario que permite que los internos que se alojen en ellos desarrollen en su interior todas las actividades de la vida cotidiana.

2.1.2. Centros de Inserción Social (CIS)

Del Reglamento Penitenciario de 1996 surge un gran avance para la reeducación y reinserción social, son los llamados Centros de Inserción Social (CIS).

Al CIS podrán ser destinados aquellos internos que hayan obtenido la clasificación de tercer grado, para lo cual es necesario haber cumplido una serie de requisitos, recogidos en el artículo 72.5 de la Ley Orgánica 1/1979.

Requisitos que la Junta de Tratamiento estudia:

- Haber pagado la responsabilidad civil derivada del delito o estar en proceso de pago.
- Demostrar y mantener buena conducta penitenciaria
- Haber cumplido parte de la condena o también llamado periodo de seguridad:
 - o Si la pena impuesta es inferior a 5 años, tener cumplida una cuarta parte de la condena
 - o Si la condena es superior a 5 años. El Código Penal establece en su artículo 36.2 tener cumplida la mitad.

En los artículos 163 y 164 del mencionado Reglamento se recoge su finalidad, sus principios rectores, sus objetivos y sus funciones.

Estos establecimientos están destinados al cumplimiento de penas privativas de libertad en régimen abierto (semilibertad) y se caracteriza por la ausencia de controles rígidos, ya que lo esencial en este momento de cumplimiento de la condena es la confianza en el preso, apelando a su sentido de la responsabilidad. Siendo el tratamiento lo prioritario y dejando en un segundo plano la seguridad y la parte regimental.

Estos centros también son los encargados del cumplimiento de las penas de arresto de fin de semana, así como del seguimiento de cuantas penas no privativas de libertad se establezcan en la legislación penal y cuya ejecución se atribuya a los servicios correspondientes del Ministerio de Justicia e Interior u órgano autonómico competente. Otra de sus funciones es el seguimiento de los liberados condicionales que tengan adscritos. (Real Decreto, 1996)

Los principios rectores de su actividad recogidos en el artículo 164 son la integración y la coordinación.

- La integración permite facilitar la participación plena del interno en la vida familiar, social y laboral, el CIS proporciona la atención que precise a través de los servicios generales ayudándolo a buscar su inserción en el entorno familiar y social adecuado.
- La coordinación con cuantos organismos e instituciones públicas y privadas, con el objetivo de actuar en la atención y reinserción de los internos que se encuentran en el Centro y prestando especial atención a la utilización de los recursos sociales externos (sanidad, educación, acción formativa y trabajo).

El objetivo primordial es potenciar mediante actividades y programas de tratamiento su incorporación al medio social "normalizado", intentando de esta manera contrarrestar los efectos nocivos del internamiento clásico.

Los CIS cumplen una función residencial básica, pero en ellos también se desarrollan actividades de intervención y tratamiento, trabajo social y talleres productivos.

En los CIS se imparte un sistema progresivo por fases:

- Salidas de un fin de semana cada dos.
- Todos los fines de semana de 17:00 del viernes hasta las 08:00 del lunes.
- Salidas diarias para trabajar teniendo que incorporarse a las 09:00 o 09:30. Y salidas todos los fines de semana.
- Dispositivo Telemático que controla que se encuentra en su casa las horas que se establecen.

En las dos primeras fases el sistema es más restringido, realizando actividades y programas de tratamiento educativos, formativos o de ocio, permitiéndoles descansar en su domicilio los fines de semana.

Se puede encontrar dos tipos de establecimiento: centros dependientes o centros independientes de la prisión principal ubicada en la provincia.

La Administración Penitenciaria es la que determina en el momento de la construcción del CIS si pertenecerá orgánica y funcionalmente a la prisión principal o, por el contrario, se considera como centro penitenciario autónomo.

En España, actualmente, se pueden encontrar 13 centros independientes y 19 centros dependientes.

2.1.3. Módulos Terapéuticos o Unidad Terapéutica y Educativa (UTE)

La Unidad Terapéutica y Educativa, a partir de ahora UTE, es un modelo de intervención alternativo existente en los establecimientos penitenciarios a los que pueden acceder todos aquellos internos drogodependientes o no drogodependientes. El perfil principal y mayoritario es de jóvenes varones condenados que presentan problemas de adicción a diferentes sustancias. Se debe destacar que no existen limitaciones en cuanto al tipo de delito.

La UTE surge en 1992 en la antigua prisión de Oviedo (Villabona) donde el educador Faustino Garcia Zapico y la trabajadora social Begoña Longoria González, crearon un espacio libre de droga para eliminar la subcultura carcelaria², mediante el establecimiento de programas integrales de tratamiento. En estos, la ayuda no viene de fuera sino del compromiso de concienciación de sus integrantes. Se caracteriza por el acompañamiento de los miembros del grupo, internos y funcionarios.

Estos programas se crearon ante la necesidad de dar respuesta a una de las carencias principales con que se encuentran los programas que forman el tratamiento penitenciario, programas de tratamiento y deshabituación de drogodependencias que, en la mayoría de los casos, suelen reducirse a la dispensación de metadona como sustituto del consumo de heroína. (Cutíño, 2015)

No existen documentos escritos que contengan información sobre la estructura ni los protocolos que detallen el programa de intervención para la administración del programa, los únicos documentos en los que se recoge la estructura organizativa y las normas de funcionamiento de la Unidad son: la Ponencia presentada en la Primera Reunión sobre Metodologías de Investigación con Drogodependientes en Centros Penitenciario en el año 1999 y Dirección General de Instituciones Penitenciaria en el año 2005, siendo más reciente la Instrucción del 9/2014 con fundamentos teóricos sobre la intervención en el tratamiento (intervención terapéutica).

Dichas intervenciones terapéuticas tienen como objetivo facilitar la adquisición y/o desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral. Así como a optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las habilidades necesarias para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e

² Adaptación a la vida en prisión donde la violencia y grupos de presión prevalecen.

integración en la sociedad. Esto se lleva a cabo en un módulo independiente formado por un número reducido de internos, y dirigido por un Equipo Multidisciplinar (psicólogos/as, enfermeros/as, educador/a, trabajadores/as sociales, maestros/as, jurista).

A continuación, se detallará como se accede a la unidad, la organización, la expulsión y actividades que se realizan para tener una idea de cómo está constituida y cómo se lleva a cabo.

2.1.3.1. Acceso a la Unidad

Existen dos momentos en el que la persona presa o penada puede acceder a la unidad: en el momento de su encarcelamiento y durante su encarcelamiento.

Recién llegados a la prisión podrán ingresar en la UTE cualquier interno que lo solicite, con especial atención a los jóvenes menores de 21 años con o sin adicción a las drogas, a los primarios y aquellas personas que están llevando un tratamiento en alguna entidad terapéutica exterior o UTE penitenciaria.

Estas personas podrán ingresar de modo directo en la UTE y permanecerán en ella una semana de prueba, y si tras este periodo deciden continuar, firmarán el contrato terapéutico y continuarán el mismo proceso que el resto.

La otra opción es cuando ya el interno o interna lleva tiempo en la prisión, ubicado en algún módulo³ y decide llevar un programa integral de deshabituación. La iniciativa debe partir del interno quien de forma voluntaria solicita mediante instancia⁴ dirigida al Subdirector de Tratamiento la inclusión en la UTE.

Posteriormente, el Equipo Multidisciplinar (psicólogo/a, educador/a, trabajador/a social y jurista) resuelve tras las entrevistas valorativas si cumple con los requisitos exigidos en la unidad. Como norma general se pospone el ingreso de aquellos presos que estén cumpliendo sanción.

El interno deberá aceptar los programas establecidos, asumir la responsabilidad delictiva y/o las causas que originaron la entrada en prisión, deberá dar resultado negativo en análisis de tóxicos sólo en caso de internos que ya hayan estado en la UTE y tras dejarla,

³ Un módulo es un sector de la cárcel donde hay celdas y están localizados un grupo de internos vigilados por un grupo de funcionarios.

⁴ Documento que se utiliza en prisión para la comunicación entre preso-profesionales.

por expulsión o marcha de forma voluntaria, deseen reingresar. Si fuera la primera vez que ingrese en la Unidad y obtiene resultados positivos en análisis de tóxicos, deberá arrojar resultado negativo en plazo de 45 días (tiempo necesario para eliminar restos de sustancias).

Una vez en la Unidad deberá firmar el contrato terapéutico (Anexo-3) y la autorización para compartir información relevante con los servicios sanitarios. Junto a este compromiso, el recluso debe elaborar una carta de vida al grupo en la que narre los hechos que le han llevado a la actividad delictiva y otras cuestiones problemáticas. Esta carta permite ser el punto de inicio de trabajo a desarrollar con el interno. Por último, se le asigna un grupo terapéutico de pertenencia y un tutor.

Cuando han cumplido con los requisitos establecidos para conceder el tercer grado (buen comportamiento, cuarta parte de la condena, etc.) el Equipo Multidisciplinar estudia la evolución del preso pudiendo conceder el traslado al CIS o a una Comunidad de Extrapenitenciarios para continuar fuera de la prisión su tratamiento si este no hubiera finalizado.

2.1.3.2. Organización social

La Organización social de la Unidad está dividida en dos grupos. Por una parte, los /las profesionales formados por un Equipo Multidisciplinar y los tutores, figura desempeñada por los funcionarios de prisiones que no solo llevan a cabo su función de vigilancia, sino que participan como miembros del Equipo intervenido en terapias-educativas. Y por la otra parte, el grupo de internos que se dividen en grupo de apoyo, grupo de representantes y grupo de autoayuda.

El Equipo Multidisciplinar es el órgano máximo de decisión y son los que determinan las líneas generales de actuación, planifican las diferentes actividades, resuelven las vicisitudes que se producen diariamente, proponen los ingresos y las expulsiones de la Unidad. Por otra parte, el tutor asume el control de un grupo de internos y le corresponde responder ante el Equipo de sus intervenciones, llevar el seguimiento del grupo, informar y proponer cualquier tipo de cuestiones relacionada con el grupo, hacer propuestas, desarrollar actividades, realizar drogotest y propuesta de sanciones.

El grupo de internos que forman la Unidad Terapéutica, a su vez, se divide en subgrupos, que estarán coordinados por un tutor (funcionario). Cada subgrupo estará constituido por

un preso de apoyo y un representante. Tales categorías son reconocidas cuando han adquirido un cierto nivel de concienciación e implicación en su proceso terapéutico. El papel del interno de apoyo es la de acoger, ayudar, acompañar e informar a sus compañeros durante su estancia en la Unidad. El representante adquiere la responsabilidad de su grupo de autoayuda, encargado de supervisar y marcar pautas a cada uno de los internos de su grupo junto con el interno de apoyo. (Secretaría General de Instituciones Penitenciaria, 2015)

2.1.3.3. Expulsión de la Unidad

La expulsión puede ser inmediata o valorativa, dependiendo de los hechos. Supondrá la expulsión inmediata del módulo cualquier tipo de conducta delictiva (robo, venta de droga, etc.), la violencia física o verbal o resultado positivo en drogotest.

La expulsión valorativa se centrará en acciones como la falta de respeto, la manipulación de drogotest, realización de trabajos en talleres sin autorización, la desobediencia o resistencia a los requerimientos de los profesionales y la no realización de las sanciones impuestas por el incumplimiento de las normas. Y dependerá del criterio del Equipo Multidisciplinar que tendrá en cuenta la sinceridad en el reconcomiendo de los hechos, la actitud de arrepentimiento y el proceso individual que viene realizando en la UTE.

2.1.3.4. Actividades/ Programas

Según la Instrucción 3/2011, las actividades en los departamentos terapéuticos deberán proporcionar a los internos una atención en jornada completa, desarrollándose la mayor parte de las actividades propia del programa terapéuticas, educativas, ocupacionales, formativo-laborales, en el interior del módulo, evitando en todo momento el contacto de estos internos con el resto de la población reclusa.

La Instrucción establece que se llevarán a cabo acciones educativas intensas, para que los internos puedan alcanzar autocontrol, autoestima, confianza, responsabilidad, motivación y la utilización del tiempo libre para encontrar satisfacciones personales y el abandono de conductas adictivas.

A finales de 2016 se contaba en España con 24 centros penitenciario y un Centro de Inserción Social (CIS) que tienen departamento UTE, en los cuales se incluía una población de 2.025 varones y 77 mujeres distribuidos en 35 módulos.⁵

Tabla 1

UNIDAD TERAPÉUTICA EDUCATIVA

	N.º de internos participantes	N.º de centros
2011	1.869	15
2012	1.935	18
2013	1.967	21
2014	2.079	25
2015	2.011	25
2016	2.102	25
Media	1.998	

Fuente: Programas Específicos de Tratamiento, 2016, p.16

GRÁFICA 1

NÚMERO DE INTERNOS PARTICIPANTE - UTE 2011-2016



Fuente: Programa Específicos de Tratamiento, 2016, p.16

2.1.4. Tratamiento Penitenciario

El tratamiento penitenciario es el aspecto fundamental que ha caracterizado a las prisiones y considerado a los condenados como personas con las que se puede trabajar y

⁵ Información obtenida de los Programas Específicos de Tratamiento (2016, p.4).

mejorar para encauzarlas en la vida en sociedad. El tratamiento tiene como objetivo la resocialización de las personas en prisión, no solo abarca a aquellas con problemas de drogodependencia sino todo aquellos que por circunstancias de la vida no han tenido oportunidad y la prisión se las puede ofrecer.

Se comenzará haciendo un enfoque de la evolución en el sistema penitenciario en relación al tratamiento hasta llegar a la actualidad.

En el último periodo del siglo XIX ya se planteaba la idea de crear un Derecho dirigido al tratamiento de los reclusos. Se establece el sistema progresivo orientado hacia una finalidad correctiva, que consistía en dividir el periodo de cumplimiento en fases y a medida que el reo evolucionaba en su conducta, así como en su rendimiento en el trabajo, se iba acercando a la libertad. (López, 2012).

Consistía en tres periodos:

- 1.- Aislamiento diurno y nocturno con la obligatoriedad del trabajo.
- 2.- Trabajo en común con el resto de los presos durante el día y el aislamiento durante la noche.
- 3.- La libertad condicional.

Son numerosas las Leyes y Reglamentos que muestran la lucha para mejorar el trato y la adaptación de los internos en los centros de prisiones, aquí se destacarán algunos:

En el artículo 2 del Real Decreto de 1903 sobre “el régimen de tutela y tratamiento corrección de los penados”, se produce la transición de la corrección al tratamiento.

Cabe destacar en este siglo al coronel Manuel Montesino que, amparándose en las Ordenanzas Generales de Presidios de 1934, hizo que España fuera pionera en Europa en la implementación de un sistema penitenciario basado en la reinserción social. Puso en práctica la reducción de pena por trabajo y mejoraba las condiciones de los presos. El lema de Montesino era “la prisión solo recibe al hombre, el delito se queda en la puerta”. (Rodríguez y Berbell, 2016, p.10)

El Real Decreto de 1956 modificó el sistema progresivo. Introdujo una mayor flexibilidad, adaptando un tratamiento penitenciario científico, en el cual el cumplimiento de las penas privativas de libertad se dividía en regímenes más o menos rígidos. Estos consistían en un régimen cerrado (primer grado), régimen ordinario (segundo grado), régimen abierto (tercer grado) y libertad condicionada, con la exigencia de tener que

permanecer un tiempo mínimo en cada uno de ellos, hasta alcanzar el periodo de libertad condicional. (López, 2012).

El pilar fundamental que lleva al desarrollo de normativas para el tratamiento penitenciario es el artículo 25.1 de la Constitución de 1978 que establece:

Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo⁶, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.

Actualmente, las normas que rigen el tratamiento en los centros penitenciarios españoles son la Ley Orgánica Penitenciaria 1979 y el Real Decreto 1996 que la desarrolla.

► La ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria en su Título III.

- Art. 59 El tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados.
- Art. 72.1 expone que “las penas privativas de libertad se ejecutan según el sistema de individualización científica separada en grado⁷”.

De esta manera se pasa del sistema progresivo al sistema de individualización científica donde el tratamiento se asigna partiendo de una evaluación global del recluso/a teniendo en cuenta las carencias que presenta, necesidades e intereses, así como el perfil de personalidad y el tipo de delito cometido. Se pretende dar a cada interno un tratamiento individual, continuo y dinámico, donde lo importante no es el sistema, sino la evolución o involución de las personas que están cumpliendo condena, pudiendo ser incorporado en

⁶ Capítulo segundo. Derechos y libertades.

⁷ Sistema de clasificación que realiza la Junta de Tratamiento (Equipo multidisciplinar) a cada penado del centro penitenciario, el cual se divide en: primero, segundo y tercer grado.

clasificación inicial a cualquiera de los diferentes grados o periodos sin tener que haber pasado por los anteriores.⁸

► Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero. El Reglamento Penitenciario en su Título V. artículo 10. señala que para la conseguir la finalidad resocializadora de la pena privativa de libertad, la Administración Penitenciaria:

- Diseñará programas formativos orientados a desarrollar las aptitudes de los internos, enriquecer sus conocimientos, mejorar sus capacidades técnicas o profesionales y compensar sus carencias.
- Utilizará los programas y las técnicas de carácter psicosocial que vayan orientadas a mejorar las capacidades de los internos y a abordar aquellas problemáticas específicas que puedan haber influido en su comportamiento delictivo anterior.
- Potenciará y facilitará los contactos del interno con el exterior contando, siempre que sea posible, con los recursos de la comunidad como instrumentos fundamentales en las tareas de reinserción.

Especial mención tiene el artículo 116 del Reglamento Penitenciario (1996) donde hace referencia a los programas especializados de actuación, dice así:

Todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee debe tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento y deshabituación, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarios.

Como ya se ha mencionado en el apartado de la UTE, desde el año 2005 se ha dado un impulso definitivo en los centros penitenciario a los programas de tratamiento dirigidos a conseguir la reeducación y reinserción social de los penados. Entre los programas que se llevan a cabo en los centros penitenciarios se destacarán algunos por su especial relevancia:

Programas de prevención de suicidio (PPS) destinado a aquellos internos que por el tipo de delito puedan suponer un alto riesgo de suicidio; programas de control de agresión sexual (PCAS), dirigidos aquellos internos que han cometido delitos de tipo sexual, curso

⁸ Informe-Memoria de programas específicos (2016).

de violencia de género; módulos terapéuticos (UTE, módulo terapéutico, módulo mixto), módulos de respeto⁹; programas de atención integral a enfermos mentales (PAIEM); y programas de deshabituación al alcohol.

2.1.5. Centros Extrapenitenciarios

El artículo 182 del Reglamento Penitenciario 190/1996 regula el cumplimiento del tercer grado en Unidades Extrapenitenciarias con internos que necesiten tratamiento de deshabituación de determinadas sustancias, pudiendo celebrar convenios con otras Administraciones o con entidades colaboradoras (públicas o privadas) para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad.

Estas entidades son organizaciones no gubernamentales, asociaciones y entidades colaboradoras en el ámbito penitenciario, que desarrollan programas de intervención. La Administración penitenciaria podrá derivar internos para la continuidad del tratamiento relacionado con las adicciones.

Dicha derivación conlleva la información previa de los compromisos, fines y normas de la comunidad y sus programas específicos. La selección se realiza por la Juntas de Tratamiento y sobre estos internos se informa al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria. (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009)

Son numerosas las entidades colaboradoras que nos podemos encontrar en España (Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente, Fundación Padre Garralda-Horizontes Abiertos, Cruz Roja Española, Proyecto Hombre, Caritas Española, Fundación Diagrama, Fundación Adsis, FEAPS, Fundación ATENEA, ASECEDI, etc.) pero solo se hará mención del único centro de Día “Zonzamas” que recoge a los internos que derivan de la Prisión de Tahiche (Lanzarote).

En 1990 nace el Centro de Día Zonzamas con el objetivo de dar respuestas a los problemas que surgían en la fase de deshabituación y que a nivel ambulatorio no se podían trabajar.

El tratamiento en el Centro permite trabajar la reinserción social activa del drogodependiente en el medio donde vive, ofreciendo un marco adecuado de habilidades

⁹ Son departamentos en los que se pretende crear espacios apropiados para que los internos desarrollen sus capacidades como ciudadanos responsables y respetuosos con la ley.

personales, y a través de terapias ocupacionales se fomenta la incorporación laboral y social.

Este centro está destinado a:

- Al seguimiento de aquellos penados que por la comisión de un delito se les ha suspendido la condena, condicionada a la finalización del tratamiento acordado por orden judicial penitenciaria o por el Juzgado de lo penal y Audiencia Provincial,
- A usuarios en libertad condicional y en seguimiento ambulatorio
- Usuarios con sanciones administrativas en materia de droga.
- Seguimiento y continuidad del tratamiento de los internos derivados de la prisión.

2.1.6. Reinserción Social

En España, históricamente ha predominado una legislación penal rígida. Con el tiempo la evolución de normativas penitenciarias ha avanzado en la línea de desarrollo de la resocialización y humanización en la ejecución de las penas privativa de libertad. (Fernández, 2014)

Un breve paso por el tiempo nos enseñará esta evolución.

En España en la Edad Moderna surge la finalidad reformadora, en las llamadas instituciones de corrección cuyo objetivo era el de reformar a mendigos y vagabundos. Pero es en el siglo XIX con Dorado Montero, correccionalista español¹⁰, cuando comienza a emerger la finalidad resocializadora.

Pedro Dorado Montero en su libro *el Derecho Protector de Criminales* (1999) manifiesta que la intervención penitenciaria debería girar en torno a la mejora, la enmienda y corrección de los condenados.

En este apartado, se mencionará nuevamente al coronel Montesino, director de la prisión de Valencia en el año 1834, por sus ideas revolucionarias y humanitarias en el sistema penitenciario. Montesino creía en la reinserción de los presos hasta el punto de transformar

¹⁰ Sistema penal que defiende modificar la tendencia a la delincuencia por medio de la educación social en centros especiales.

la prisión en una cárcel de seguridad mínima, creando talleres, oficinas, farmacias, enfermería, patios y jardines. Estableció un sistema progresivo dirigido a buscar la reeducación y reinserción en la sociedad del recluso y no, simplemente el castigo. El sistema consistía en tres fases:

- Primera fase, llamada la fase del hierro, donde el preso permanecía con grilletes en los pies.
- Segunda fase, denominada “trabajo”. Periodo en el que se pretendía mantener al preso ocupado, iniciándolo en el trabajo como medio de reforma y rehabilitación.
- Última fase “la libertad intermedia”. Consistía en que los presos trabajaran fuera de la prisión y su vuelta al centro por la noche. La última etapa de esta fase era la libertad condicional. (Rodríguez y Berbell, 2016)

En 1931, Victoria Kent, primera Directora General de Prisiones, propuso humanizar las prisiones, mejorando la vida de los prisioneros y reinsertarlos en la sociedad. Eliminó los castigos crueles, las cadenas y los grilletes de las cárceles.

Concepción Arenal (1973) conocida como visitadora de prisiones, propone reformas legislativas, una renovación del sistema carcelario y aporta argumentos sobre los instrumentos de carácter ético y jurídico, necesarios para la reinserción social del delincuente. (Núñez, 2013)

A mediados del siglo XX, aparecen una serie de normas relativas a los derechos inherentes a la persona, recogidos universalmente como Derechos Humanos (1948), aceptadas internacionalmente a través de las Naciones Unidas y vinculadas también a la actividad penitenciaria. A partir de ese momento, en España se reconoce la intervención o tratamiento resocializador, entendido como el modo de tratar a las personas reclusas, pero hasta 1955 no se establece las Reglas Mínimas¹¹ para la prevención del crimen y el tratamiento penitenciario.

Las Reglas Mínimas constituyen los estándares mínimos universalmente reconocidos para la gestión de los centros penitenciarios y el tratamiento de las personas privadas de

¹¹ Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas de carácter absoluto y fundamental, constituyen principios básicos y mínimos para proteger y garantizar los derechos humanos, sobre prevención del delito y tratamiento del delincuente.

libertad, y han tenido un inmenso valor e influencia en el desarrollo de leyes, políticas y prácticas penitenciarias en los Estados Miembros en todo el mundo.

Las Reglas Mínimas establecen ciertos principios, como los de minimizar en lo posible el sufrimiento en prisión, fomentar un modo de vida de respeto a la ley una vez en libertad, facilitar un regreso gradual a la sociedad y enfatizar que el preso continúa siendo parte de la comunidad.

La Ley Orgánica Penitenciaria (1979), ley actual que rige en las prisiones de España junto con el Reglamento Penitenciarios (1996), se vio influenciada por las tendencias de normas internacionales. Así, la Constitución Española de 1978 que constituía la orientación a la política penal y penitenciaria, incluía la resocialización de los penados, en el artículo 25.2. establecía que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”.

La reeducación y reinserción social es la finalidad máxima del tratamiento penitenciario, un proceso sistemático de acciones que se inician desde el ingreso de una persona en la cárcel, durante el período de cumplimiento de la condena y prosigue cuando la persona retorna a su vida en libertad. Estas acciones incluyen programas educativos, intervención psicosocial, capacitación e inserción laboral, además de actividades deportivas y culturales. Principalmente busca incidir en los factores individuales y sociales que generaron que una persona se haya involucrado en acciones delictivas. (Bernal, 2016)

2.1.7. Reincidencia

En España, el concepto de reincidencia está contenido en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, artículo 22.8 en el que se indica:

Hay reincidencia cuando, al delinquir, el culpable haya sido condenado ejecutoriamente por un delito comprendido en el mismo título de este Código, siempre que sea de la misma naturaleza.

“La reincidencia es una circunstancia agravante genérica de la responsabilidad criminal, que opera dentro de los límites de tiempo legalmente determinados, a partir de la recaída en el delito por parte de un sujeto precedente y ejecutoriamente condenado por otro delito comprendido en el mismo título y de la misma naturaleza del que es objeto de la actual condena” (Agudo, 2005, p. 383)

Además de la reincidencia penitenciaria, que es de interés para este proyecto y que se definirá a continuación, existen otros tipos de reincidencia, como la reincidencia por autoinculpación (comisión de un nuevo hecho delictivo declarado por los infractores al ser preguntados); reincidencia policial (segunda detención policial de una misma persona por presuntos hechos delictivos); reincidencia penal (segundo procesamiento por presunto hechos delictivos); reincidencia judicial (segunda condena); reincidencia jurídica (segundo procesamiento de una misma persona por presuntos hechos delictivos del mismo título del Código Penal.

Reincidencia penitenciaria se refiere a un nuevo ingreso en el centro penitenciario de aquellas personas que previamente ya han sido sometidas (por lo menos una vez) a una pena de prisión. (Luque, Ferrer y Cadevila, 2005)

A continuación, se detallarán los factores asociados a la reincidencia sustentados en estudios criminológicos desarrollados en Estados Unidos e Inglaterra y utilizados en España para el conocimiento de las trayectorias persistentes de la conducta delictiva, con la intención de buscar reducir la comisión de nuevos hechos delictivos a partir de intervenciones con los infractores y mediante tratamiento.

Los factores personales se han dividido en dos variables individuales: sexo y edad. Estableciendo que el hombre tiene mayor riesgo de reincidencia que la mujer. Y en cuanto a la variable edad, la evidencia recoge que, a menor edad del primer contacto con la justicia, mayor es la posibilidad de reincidencia. (Capdevila, Ferrer y Luque, 2005, p.28)

En los factores sociofamiliares, los estudios realizados han investigado la influencia de la familia en el desarrollo del comportamiento delictivo, donde las pautas educativas y de supervisión tienen gran importancia tanto para la comisión del delito, como en su reincidencia. Entre las características que influyen se puede encontrar el estrés familiar (económico, conducta de hostilidad, depresión, conflicto, etc.), estructura familiar (crecer en familia monoparentales y vivir en familias grandes está considerado conducta de riesgo), estilo parental hostil.

“Diversos estudios constatan que los adolescentes reincidentes han sufrido a lo largo de su vida más procesos de ruptura de vínculos con sus progenitores, que los no reincidentes”. (Capdevila, Ferrer y Luque, 2005, p.114)

El grupo de iguales (grupo de pares) es una gran influencia en la presencia o ausencia de reincidencia en el delito. La imitación y la lealtad a los miembros del grupo a ciertas edades es superior al interés personal.

Factores socioeconómicos. Las investigaciones afirman que la pobreza juega un rol en el desarrollo del comportamiento delictivo en la juventud. Andreans Hein, (2002) indica que su influencia es indirecta, ya que actúa sobre las familias que sufren situaciones de marginación o pobreza, expuestas a problemas como la depresión, conflicto, hostilidad y desorganización de funciones familiares.

Factores psicológicos y de salud mental. Entre los que se puede encontrar la impulsividad, las pocas habilidades para resolver problemas, las actitudes antisociales y los problemas conductuales de personalidad. Acompañado del uso y abuso de droga constituye las variables más relevantes para entender futuras reincidencia en el delito. Los estudios coinciden en la relevancia del consumo de droga en el ingreso y mantenimiento de las conductas delictivas.

Metiffogo y Sepúlveda (2005) indican que un elemento crucial es el paso del consumo de droga al abuso, relacionando el delito para consumo.

2.1.8. Drogodependencia

La Ley 9/1998 sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en su artículo 2 define la drogodependencia como "aquella alteración del comportamiento que afecta al estado físico, psíquico y social del individuo y que se caracteriza por una tendencia al consumo compulsivo y continuado de droga".

Para entrar más en materia se hará una breve descripción de la evolución de algunas de las sustancias más utilizadas a lo largo de la historia, como son el alcohol, el opio y sus derivados (heroína, morfina), el cannabis, la cocaína y las drogas sintéticas.

El consumo de droga no es nuevo, desde siempre se ha consumido sustancias que han alterado el funcionamiento normal del sistema nervioso central. Ya alrededor del año 5.000 a.C. se empleaba el alcohol y los opiáceos como psicoactivos¹². A lo largo de las décadas se han utilizado con diferentes propósitos, como han sido fines mágico-

¹² Los psicoactivos son sustancias químicas que, al introducirse por cualquier vía ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central. Afectan al humo, al pensamiento y a las conductas.

religiosos, para huir de la realidad, para hacer frente a los problemas o por la incapacidad para superarlos, por simple placer o con fines médicos.

Las bebidas fermentadas (alcohol) han sido consumidas a lo largo de la historia convirtiéndose en un importante comercio. Tras la segunda Guerra Mundial la bebida alcohólica deja de estar asociada a las comidas y la nueva pauta de consumo pasa a ser la ingesta de grandes cantidades en breve espacio de tiempo, asociada a actividad de ocio. (Correa, 2007)

El opio era utilizado en el Oriente Medio como medicamento, extendiéndose su uso hacia la India y en el siglo IX hasta la China. En cambio, en Europa adquirió importancia terapéutica en el siglo XVI. Hasta finales del siglo XIX el consumo de opiáceos no constituyó un verdadero problema, pero con el rápido incremento de los casos de adicción sonó la alarma social.

En el siglo XIX la morfina pasó a sustituir al opio en los tratamientos médicos, años después tanto el opio como la morfina fueron sustituidos por la heroína en los tratamientos de deshabituación. La heroína empezó a popularizarse como droga recreativa en Estados Unidos y en Inglaterra y después en casi todo el mundo, generando olas de comportamientos heroínómanos, que culminaron con la muerte de una generación de adictos a la heroína inyectable.

El uso del cannabis también es muy antiguo, algunos estudios se remontan al año 3.000 a. de C. Sus propiedades alucinógenas fueron descubiertas por primera vez en Oriente. Durante todo el siglo XIX en Europa se fue empleado con fines recreativos y médicos, hasta que su utilidad terapéutica se vio reducida por su inestabilidad farmacológica y por el surgimiento de nuevas medicinas.

Hasta los años 60 el abuso de cannabis estaba asociado a grupos culturales (hippies, música rock y reggae) pero su uso fue extendiéndose a todos los niveles, principalmente se relaciona con la rebeldía de la juventud.

El uso de la cocaína como estimulante en América es tan antiguo como el uso del alcohol, del opio y del cannabis en Europa y Asia. En los años 70 del siglo pasado Colombia y Bolivia dominaban el comercio mundial de cocaína, con exportaciones en Europa generando una epidemia de consumo nunca vista anteriormente. (Correa, 2007)

Hoy, la adicción a la cocaína sigue siendo la más preocupante en los países occidentales, con miles de millones en inversiones destinadas al tratamiento de desintoxicación y a la prevención al consumo.

El uso ilegal de estas drogas se generalizó en los años 60-70 asociados a los universitarios, intelectuales, artistas y músicos en busca de otro estado de conciencia.

La droga sintética o de diseño son los nuevos desafíos, son de fácil fabricación y circulación.

A finales del siglo XIX, el opio y sus derivados (morfina y heroína), así como la cocaína pasaron a ser vistos como un problema de salud pública, cuando sus efectos dañinos ya eran de conocimiento general. (Correa, 2007)

Aunque hay muchas otras sustancias psicotrópicas consumidas, merecen destacarse los alucinógenos (belladona, el beleño, las daturas) y las anfetaminas, debido a la importancia actual de su consumo mundial.

En 1911 y 1914, 44 países firmaron el compromiso de esforzarse por controlar el tráfico interno de heroína y cocaína. La creación de la Organización Mundial de Salud (OMS) en 1946 también contribuyó a la unificación de la visión del tema. Debido a las iniciativas internacionales, gran parte de los países actualizaron sus legislaciones.

La legislación española en materia de drogas se encuentra recogida en: El Código Penal (1995), la Ley de Estupeficientes (1967) y la Ley del Medicamento (1990).

En el Código Penal se recogen las medidas penales, mientras que en la Ley de Estupeficientes y la ley del Medicamento los aspectos de carácter administrativo.

En España nunca ha estado penalizado el consumo de ningún tipo de droga, pero en 1992 con la Ley de Protección de Seguridad Ciudadana, se convirtió en una conducta sancionable administrativamente¹³. (Rodríguez y Grijalvo 2014)

La posesión de drogas está prohibida en todos los Estados miembros de la Unión Europea. En España la posesión de droga está penada por dos tipos de leyes: el Código Penal¹⁴ y por la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana¹⁵.

¹³ Las sanciones administrativas consistían en multa que iban de 300 a los 30.000 euros. La Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana aumenta las multas entre 601 a los 30.000 euros.

¹⁴ El Código Penal castiga si la droga se posee para ser destinada al tráfico.

¹⁵ La posesión está castigada si es para el consumo propio, tratándose de una infracción administrativa.

En Canarias, la legislación más relevante en materia de drogas es la Ley 9/1998, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencia.

Según la “Encuesta Estatal sobre Salud y Droga entre los Internos en Prisión (ESDIP) 2006” realizada en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas, el consumo de droga sigue siendo muy frecuente entre las personas que ingresan en prisión, el 79% de los internos consumen drogas en el mes anterior al ingreso en prisión. (Instrucción 3/2011)

La drogadicción conlleva a complicaciones físicas, psíquicas y sociales asociadas a problemas de salud mental, prostitución, infecciones por VIH/Sida, problemas de transmisión sexual, tráfico de droga y otros delitos.

El consumo de drogas puede considerarse un factor previo y paralelo a la prisión. La relación entre la droga y la cárcel se da en dos dimensiones. Por una parte, los delitos de una gran parte de la población penitenciaria están relacionados con la venta y/o con el consumo de sustancias ilegales y, por otra parte, un número elevado de reclusos tienen problema de salud, sociales y personales asociados al consumo de sustancias psicoactivas. (Delegación del Gobierno para el plan Nacional Sobre Drogas, 2007)

Estas consecuencias son las que limitan, cuando no impiden en prisión llevar a cabo la finalidad reinsertadora de la pena. Por lo que el artículo 116 del Reglamento Penitenciario (1996) establece que “todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee debe de tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento y deshabituación, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias”.

La Administración penitenciaria cuenta con diferentes programas para conseguir la desintoxicación, deshabituación y reinserción de los internos drogodependientes, siendo uno de ellos la Unidad Terapéutica Educativa.

2.2. MARCO EMPÍRICO

Al ser la UTE una iniciativa¹⁶ en el Estado Español como intervención treatmental en el ámbito penitenciario, con la intención de servir de referencia para tratar con internos con problemas o no de drogadicción, nos limitaremos a estudios realizados en España.

¹⁶ La UTE se inicia en 1992 en la antigua prisión de Oviedo

Debido a que estas unidades se han ido implantando en los Centros Penitenciarios de forma paulatina en el tiempo, no existen muchos trabajos bibliográficos que evalúen su eficacia.

Pocos son los estudios que hablan de reinserción, pero también son escasos los que tratan sobre la reincidencia de reclusos drogodependientes. Por lo que para la realización de este trabajo ha sido conveniente la exposición de casos empíricos vistos desde diferentes perspectivas.

Redondo (2008) afirma que la mejor medida para evaluar la eficacia de un tratamiento en prisión sería el estudio de la reincidencia, debido a que son muchos los factores que intervienen para evaluar el tratamiento.

A continuación, se expondrán los estudios de los psicólogos Victoria Ramos y Jesús Carcedo (2010), quienes estudian la reincidencia mediante la relación de un grupo de variables. Y los autores Roca y Caixal (2002) quienes estudian la reincidencia de los internos en prisión en diferentes momentos temporales con sujetos diferentes en cada estudio.

Victoria Ramos y Carcedo (2010) realizan en el Centro Penitenciario de Burgos un estudio sobre un grupo de reclusos drogodependientes con la intención de identificar las variables dinámicas de la reincidencia. La muestra está formada por 120 reclusos varones, entre 21 y 44 años.

El propósito era medir la relación entre reincidencia empírica y variables dinámicas con población penitenciaria drogodependiente y sometida a tratamiento.

Las variables dinámicas utilizadas fueron el nivel de estudios, hábitos laborales (experiencia inexperiencia, continuidad en el trabajo), patología infecciosa con VIH (positivo y negativo), dimensión de personalidad extraversión (bajo, medio y alto), motivo de baja en centro extrapenitenciario, tiempo de permanencia en el centro terapéutico extrapenitenciario. Sus principales resultados fueron los siguientes:

Aunque no se puede hablar de grandes diferencias se encuentra cierta tendencia a un porcentaje más alto de reincidencia en el grupo que no había obtenido el graduado escolar.

Los datos reflejan que la mayoría de los sujetos que no tenían ninguna actividad laboral o su actividad laboral era temporal acaban reincidiendo.

El porcentaje de reincidentes es mayor en aquellos presos que presentan conducta impulsiva.

En relación al diagnóstico orgánico destaca la alta frecuencia de reincidentes en aquellos presos con patologías infecciosas VIH, VHC y VHB. La gran mayoría de los internos reincidentes presentaba una patología infecciosa por VIH. Victoria Ramos y Carcedo considera que la actitud ante el delito del sujeto con infección por VIH no puede ser igual que la que no tiene la amenaza de muerte ya que puede estar condicionado por la creencia de que haga lo que se haga va a morir.

Se reduce la reincidencia en aquellos internos que habían obtenido el alta terapéutica o voluntaria en comparación con los internos que habían sido expulsados o habían abandonado el tratamiento.

Los porcentajes más altos de no reincidencia se encontraban en el grupo que había permanecido en el centro terapéutico más de seis meses en comparación con los que habían permanecido tiempo inferior.

La adquisición de hábitos laborales, la gestión de la impulsividad que lleva al preso a no valorar los riesgos de su comportamiento, el afrontamiento de las patologías y la permanencia al tratamiento específico de drogas son variables sobre las que se debe influir para obtener resultados positivos.

Según estos resultados se confirma que las actividades que se imparten en las unidades terapéuticas educativas como los tratamientos de psicoterapia, programas de educación para la salud, talleres formativos y productivos para la adquisición de cualidades y hábitos laborales son perfectos para reducir la reincidencia y mejorar la reinserción.

El análisis de la reincidencia realizado por Roca y Caixal en el año 2002 en el cual se llevó a cabo la recogida de datos de 259 sujetos que iniciaron un tratamiento de toxicomanías intrapenitenciaria en el Departamento de Atención Especializada (DAE o comunidad terapéutica intrapenitenciaria) en la prisión de Quatre Camins (Barcelona), arrojó una reincidencia real de 38,2%.

Para confirmar los resultados que habían obtenido, los mismos autores tres años después (2005) realizan otro estudio en la misma prisión, pero sobre una población reclusa diferente a la primera. Los resultados mostraron que la tasa de reincidencia era de 24,25% por debajo de las tasas de reincidencia de la población penitenciaria del centro (37,9%).

Ratificaron que realizar un tratamiento y finalizarlo con buena evolución reduce la reincidencia, proporcionando al preso una mejor inserción en la sociedad.

La psicóloga María José Cásares (2012), con el propósito de conocer la evaluación de la eficacia de la UTE de Villabona, en el tratamiento de los reclusos por consumo de sustancia psicoactivas, realiza un estudio durante un periodo de 7 años comprendidos entre los años 2000 y 2006. El proyecto se divide en dos etapas:

-Una evaluación retrospectiva¹⁷ en la que se analiza los indicadores de rendimiento terapéutico (retención, evolución en el tratamiento, motivos de baja en la unidad y evaluación de los presos que acudieron a programas extrapenitenciarios). Utilizó una muestra de 1630 internos. Los resultados se expondrán a continuación:

En cuanto a la retención los internos presentan una estancia media en la unidad de 169 días.

En la evaluación del tratamiento el 46,6% cumplieron con el criterio de “buena evolución del tratamiento”, es decir permanecieron ingresado en la unidad 90 días consecutivos o más. El 53,4% no cumplieron con la buena evolución del tratamiento con una estancia media de 30 días.

Motivo de baja en la unidad terapéutica: el 54,23% abandonaron de forma voluntario o fueron expulsados de la unidad, el 19,02% relacionado con la excarcelación (libertad definitiva, condicional o provisional), 14,66% sujetos derivados a programas extrapenitenciarios, 8% conducción y 4.05% otras razones.

El principal motivo de baja en programas extrapenitenciario de aquellos internos que han sido derivado de la UTE es el abandono voluntario (43,1%) regresando a cumplir el resto de la condena al Centro Penitenciario. En segundo lugar, con 22,1% los que internos que han completado el programa y fueron dado de alta. El 19% fueron expulsado por incumplimiento del programa, un 8,9% decidieron evadirse tras la expulsión y un 2,8% recoge situaciones de fallecimiento, enfermedad grave o conducción.

Un 52,24% de los internos que alcanzaron la libertad desde los programas extraportuaria regresaron a prisión (reinciden).

¹⁷ Es la evaluación que se desarrolla en el mismo momento en el que el programa está siendo diseñado.

La recaída en el consumo de droga fue una de las variable más complicada en cuanto a la dificultad de contactar con centros a los que habían sido derivado, por lo que el estudio se limita a los 224 sujetos encontrados. Los resultados señalan un 45,3% recayeron después de haber finalizado el programa de desintoxicación.

- Y una evaluación prospectiva¹⁸ mediante medidas repetidas, con la intención de detectar el tiempo de permanencia en la unida, los cambios producidos por la UTE en cuanto a la motivación, el perfil de gravedad de la adicción y el perfil de personalidad tras un año de tratamiento. La muestra fue de 87 sujetos con problemas de adicción, de nuevos ingresos que nunca habían estado ingresados en el módulo.

Los porcentajes de abandono indican que aproximadamente un tercio de los nuevos ingresos desistieron antes de cumplir 6 mesa y la mitad antes de cumplir el año de ingreso. Existen factores que pueden influir en esta variable como son: los factores personales (abuso de droga, problemas de salud concomitantes, la motivación para el tratamiento) y factores relacionados con el programa (relación con el terapeuta, estabilidad de los miembros del equipo terapéutico, tipo de fármacos y dosis utilizadas, implicación familiar en el tratamiento, recursos del programa, etc.).

Los resultados mostraron un alto porcentaje (85%) de internos que cumplían los criterios para el diagnóstico de algún trastorno psicológico (antisocial, dependiente, autodestructivo). En el estudio se observa que los trastornos adictivos sumados con síntomas de trastorno de personalidad influyen negativamente en la retención en la unidad dando lugar a mayor riesgo de abandono en los primeros 6 meses.

Los internos presentaban baja motivación al ingreso en el programa. No habiendo reconocimiento del problema (adicción). En muchas ocasiones los internos acceden inicialmente al programa condicionados por su situación, legal, por presión familiar, o por un deseo de mejorar la calidad de vida mientras dura la estancia en prisión, y con poca conciencia o conocimiento de su trastorno adictivo.

Se observa que la motivación por el cambio no mejora con el paso del tiempo ni del tratamiento y se valora como causa la situación de encarcelamiento o algunas

¹⁸ Es la investigación que evalúa el impacto después de que el programa ha sido implementado, generando grupos de tratamiento y la comparación a posteriori.

características del programa. Achacando el problema a algunas características del programa. Ingresan en un programa que carece de fases y temporalización: cuando se incorporan no se les da pautas claras de qué objetivos van a perseguir, que técnicas se van a utilizar, de qué componentes consta el tratamiento o cuáles son los factores que se evalúan en las reuniones de equipo.

Los cambios en el perfil de los internos participantes durante el tratamiento en las variables consumo de alcohol y situación familiar experimenta una mejoría progresiva a lo largo del tiempo, por el contrario, la variable consumo de drogas experimenta un cambio para después regresar a los niveles originales.

En este estudio no se han podido comparar los porcentajes de reincidencia de aquellos internos que obtuvieron la libertad directamente desde la UTE sin haber pasado por programas externos, pero posiblemente difieran según se participen o no de dichos programas externos.

Cásares (2012) achaca los resultados no tan favorables a la ausencia de un protocolo claro de tratamiento y del empleo de técnicas empíricamente validadas, proponiendo nuevas estrategias terapéuticas, como prevención de recaídas o entrevistas motivacionales.

Estudios más próximos en el tiempo son los realizados por Rodríguez, Bringas, Pérez y Eguizabal (2014) en la prisión de Villabona (Asturias) con la finalidad de comprobar la eficacia de la UTE para la reeducación y la reinserción social del penado. Desde la perspectiva de la reincidencia entendida como el reingreso del preso en prisión.

En este estudio la muestra fue de 574 internos que habiendo obtenido el alta terapéutica fueron derivado a una unida extrapenitenciario entre los años 2005 y 2013.

Se recogió y estudió la situación de aquellos sujetos que no continuaban en libertad: 89 individuos se encontraban de nuevo en prisión, 4 estaban evadidos, un total de 9 habrían fallecido, 31 sujetos continuaban en una unidad extrapenitenciario y 8 se encontraban en otra situación. Solamente había reincido alrededor de 16% de los internos, dándose más del 60% de las reincidencias durante los tres primeros años.

Los autores concluyen en base a los resultados que la UTE se perfila como una alternativa viable que ha demostrado que cambiar el ambiente y el medio carcelario mediante la educación y terapias efectivas reduce significativamente los índices de reincidencia.

Los internos con mayores problemas de adaptación son los que tienen grandes dificultades para permanecer en la unidad, abandonando en poco tiempo. Cuando un interno decide que quiere acabar en una Unidad Terapéutica en muchas ocasiones no se plantea realmente lo que eso conlleva. Se les exige un cambio en la actitud desde el ingreso y viene establecido en la firma del contrato. Todo eso supone una variación inmediata, es decir de estar consumiendo droga a dejar de consumirla, de comunicarse con personas negativas y traficantes a dejar de comunicarse con ellas, cambios en el aspecto e higiene de la unidad y de los compañeros. Durante el proceso, el interno va construyendo una nueva historia personal, esta puede llegar a ser percibida de forma negativa, sentirse oprimido, poco seguro de lo que hace, identificar el proceso con exigencias absurdas, castigos injustificados y exagerados. Al final opta por abandonar o el Equipo Multidisciplinar lo expulsa por no cumplir las expectativas. (Rodríguez, Álvarez, García, Longoria y Noriega, 2013)

Una de las grandes preocupaciones en el tratamiento de las adicciones es precisamente el número tan alto de abandonos de los programas. López (2008) ha centrado su estudio en analizar las características personales de aquellos pacientes adictos que abandonan el tratamiento antes de completarlos.

El motivo de abandono más frecuentemente se relaciona con los límites impuestos por el propio programa terapéutico (70,5% de los casos), seguido por la consideración de que ya se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente, (49,2% de los casos); por el cansancio de los grupos de tratamiento (39,3 de los casos) y el consumo o el deseo de consumir drogas el 34,4%. (López, 2008, p.8)

Para evitar el abandono por cansancio o por considerar que los objetivos ya se han alcanzado, las Comunidades Terapéuticas de Europa sitúan en torno a las 9-11 meses el tiempo mínimo para adquirir hábitos de vida saludable, se integran en la rutina de conductas diarias, mantenimiento de la abstinencia y responsabilidad social. Atendiendo a las informaciones del National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2015), se puede establecer entre los 6 y los 9 meses. (Rueda, 2016)

El psicólogo Pedro Manuel Medina (2012), trata de averiguar si la participación en estos programas específicos de tratamiento psicológico obtiene un efecto rehabilitador superior respecto de la participación en actividades diversas (talleres productivos, asistencia a la biblioteca, la escuela, ocupación en lavandería, ordenanza) que ofrecen los centros penitenciarios en otros módulos.

Llega a la conclusión de que los programas específicos de tratamiento de orientación cognitiva conductual no tienen efectos significativos, respecto de otro tipo de actividades que los internos realizan en la mejora de su adaptación personal y social. Desde su perspectiva, es evidente que mantener a los internos ocupados en actividades diversas disminuye la conflictividad en los centros, y mejora el proceso de reinserción social.

Entre sus argumentos explica el motivo de porque estudios sobre la reincidencia suelen concluir que el tratamiento es eficaz, encontrando que aquellos internos que han participado en actividades terapéutica reinciden menos. “La causa no es el tratamiento que se ha llevado a cabo, sino una selección diferencial de los internos, aquellos cuya actitud, predisposición y motivación al cambio provoca la reducción de la reincidencia”. Mediana (2012)

Para Medina (2012) la reinserción es más complicada de lo que parece. A los centros penitenciarios se le ha encomendado la compleja tarea de reinsertar todas las carencias de los internos que el sistema social ha producido y no ha podido solucionar, como el fracaso en el sistema educativo, la inserción laboral, el mercado de trabajo y el sistema sanitario. ¿Cómo puede romper el sistema penitenciario años de delincuencia, ambientes marginales, negativos y violentos? Para dicho autor ningún modelo rehabilitador será lo suficientemente efectivo ya que el preso una vez cumplida su condena se incorpora a la misma sociedad.

Para Salvador Cutiño (2015) los programas de tratamiento específicos como la UTE en las prisiones españolas son insuficientes en la intervención resocializadora, existiendo una carencia absoluta de profesionales especializados. Las técnicas de psicología conductuales son habituales en la prisión, intentar modificar actitudes a través de estímulos y respuestas, técnicas eficaces para cambiar comportamiento de raíz no profunda, pero no muy útiles para fenómenos de marginalidad.

A pesar de ello los estudios realizados en la prisión de Quatre Camins (Cataluña) en la unidad terapéutica, obtuvieron unos resultados positivos en cuanto a reducción del consumo y de la reincidencia. Estos estudios se realizan comparando con los programas de tratamiento y deshabituación de drogodependencia que se llevan a cabo en el resto de los módulos.

Los resultados son interpretados en base a la reducción del consumo, recaída y reincidencia. El 66,7% de las personas tratadas manifiestan no estar consumiendo droga;

el 19% ha tenido alguna recaída tratada sin volver a los niveles de consumo anteriores; y el 14,3% ha sufrido una recaída total. En relación a la reincidencia, el 62,3% de las 83 personas evaluadas no había vuelto a ingresar en prisión; una persona había ingresado por un delito leve; el 16,9% estaban en prisión, pero aún no tenían condena y el 19,5% eran legalmente reincidentes.

Salvador Cutiño (2015) manifiesta que el hecho de que la intervención se produzca en unidades específicas, separadas del resto de la población reclusa, evita que el entorno carcelario influya de forma negativa, transmitiendo valores, cambio de estilo de vida e incitando a la participación.

La reinserción del preso no acaba en la unidad, sino que debe continuar fuera de prisión. El cumplimiento de condena dentro de prisión resta posibilidades de éxito al tratamiento contra la drogadicción si no hay un seguimiento posterior en comunidades extrapenitenciarias. Muestra de esto es que, en el año 2013, las personas que salieron a comunidades extrapenitenciarias solo un 5% reincidió, mientras que los que recibieron directamente la libertad definitiva sin pasar por un centro delinquieron de nuevo el 44% de los casos. Sin embargo, de los que salieron bajo el tercer grado reincidieron un 15%. (Cutiño, 2015)

El problema principal es el escaso número de centros extrapenitenciarios. Un ejemplo lo podemos encontrar en el Centro Penitenciario de Lanzarote (2017) donde tan solo 4 internos pudieron ser derivados desde el Cis (tercer grado) a un régimen de internamiento a la U.R.A.D (Unidad Residencial de Atención al Drogodependiente) para cumplimiento de sus condenas en el Programa de la Red Asistencial, por necesitar un tratamiento específico para deshabitación de su drogodependencia.

3. METODOLOGÍA

3.1. OBJETIVOS

Objetivos generales

1. Conocer si el tratamiento terapéutico que se imparte en la UTE cumple con el fin de la resocialización.

Objetivos específicos

- 1.1. Conocer las intervenciones que se llevan a cabo en las Unidades Terapéuticas Educativas desde un punto de vista profesional.
- 1.2. Analizar las experiencias vividas por los internos dentro y fuera de la UTE.
- 1.3. Comprender las causas que los llevan a reincidir y volver a ingresar en prisión.
- 1.4. Conocer los motivos de abandonar la unidad.

3.2. HIPÓTESIS

1ª Hipótesis: El tipo de intervención que se lleva en la UTE es uno de los motivos principales de abandono voluntario o expulsión (por incumplimiento de las normas) de una cantidad importante de reclusos.

2º Hipótesis: El tiempo de permanencia en la UTE determina la inserción. Un periodo corto impide el desarrollo del individuo y un periodo largo produce cansancio y rechazo.

3ª Hipótesis: El menor seguimiento y control en el Centro de Inserción Social (CIS) causa una posibilidad de recaída.

4ª Hipótesis: Una vez en libertad, la vuelta al mismo entorno social del preso genera bastantes posibilidades de reincidir.

5ª Hipótesis: El seguimiento y control en los centros extrapenitenciarios es uno de los aspectos fundamentales para la reinserción de los presos que han iniciado tratamiento en la UTE.

6º Hipótesis: Los trastornos psicológicos de los internos que integran en la unidad influyen en la evolución terapéutica, reduciendo la tasas de rehabilitación y reinserción social.

3.3. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

Todo diseño de investigación sitúa al investigador en el mundo empírico y determina las actividades que tendrá que realizar para poder alcanzar el objetivo propuesto.

Cervo y Bervian (1989) definen la investigación como actividad encaminada a la solución de problemas. Su objetivo consiste en hallar respuesta a preguntas mediante el empleo de procesos científicos.

3.3.1. Método

En este proyecto se ha optado por una investigación cualitativa con la intención de investigar las experiencias vividas por un grupo de presos que están cumpliendo condena, ubicados principalmente en los departamentos terapéuticos, así como el funcionamiento organizacional de dicho departamento.

Rodríguez, Gil y García, (1996, p.32) afirman que:

La investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales: entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas.

La investigación cualitativa trabaja sobre todo con dos clases de datos. Los datos verbales que se recogen en entrevistas semiestructurales o como narraciones y un segundo grupo, los datos visuales derivan de los métodos de observación. (Flick, 2004)

Para realizar la investigación se llevará a cabo una serie de fases o secuencia de actuaciones más o menos consecutivas que ha permitido acercarnos a la comprensión de los estudios: Fase preparatoria, Trabajo de Campo, Análisis e Interpretación.

La fase preparatoria a su vez se subdivide en etapa Reflexiva y de Diseño.

La etapa reflexiva es la que corresponde con la creación del marco teórico-conceptual. La cual se ha llevado a cabo mediante investigación documental bibliográfica accesibles en páginas web y bibliotecas públicas. Se ha intentado definir y clarificar aquellos conceptos relevantes de la investigación que facilitan

su comprensión. Y *la etapa de diseño* donde se recogen los objetivos, la hipótesis, la metodología, métodos y técnicas de investigación.

Trabajo de campo. Apartado destinado a la preparación, desarrollo y registro de datos. Para llevar a cabo el método cualitativo se ha seleccionado las técnicas de las entrevistas semiestructuradas, la observación no sistemática y la revisión bibliográfica.

La entrevista semiestructurada se ha elegido por varias razones, pero principalmente para evitar rígidas respuestas proporcionadas en un cuestionario. Una entrevista en profundidad aporta mayor información pudiendo captar y percibir las interpretaciones que tiene el interno de la realidad que le rodea. Por otra parte, la entrevista hace posible que el preso alcance un mayor grado de privacidad, evitando la influencia de opiniones de terceros, así como añadir nuevos caminos y perspectivas de análisis en un diseño. No olvidemos mencionar que esta técnica permite nuestra participación, dando la opción de acercarnos mejor al punto de vista del problema. Tal como señala Miguel Vallés (1999), la entrevista en profundidad permite el acceso a una información difícilmente accesible sin la mediación de un entrevistador.

Se han creado dos modelos de entrevistas. El guion de la entrevista para internos (Ver Anexo-1) que recoge los temas y preguntas dirigidas a obtener información acerca de las experiencias vividas por los internos que están o han estado en la UTE. Se divide en cuatro grupos:

- Aquellos que están actualmente en la unidad.
- Los que han abandonado la unidad o han sido expulsados por el Equipo Multidisciplinar y se encuentran ubicados en otros módulos.
- Los que se han reinsertado en la sociedad.
- Y los que han vuelto a la prisión después de haber finalizado el tratamiento en la Unidad, en su anterior ingreso.

El otro modelo de guion (Ver Anexo 2) está orientado a recopilar la información de los tratamientos terapéuticos que se realizan en el departamento y una visión profesional del trabajo realizado en la UTE de Tahiche, centro Penitenciario de Lanzarote y que custodio los presos/presas de las Islas menores de la provincia de

Las Palmas (Lanzarote y Fuerteventura), según las respuestas de la trabajadora social (coordinadora del departamento), la psicóloga y el educador.

Para llevar a cabo las entrevistas se dispondrá del departamento de trabajadores sociales dentro de la prisión y en las oficinas del CIS (centro anexo al Centro). Dentro de la prisión se entrevistará aquellos presos y profesionales que se encuentran en la unidad y en los módulos, y en las oficinas del CIS aquellos internos que se encuentren en libertad, reinsertados en la sociedad.

Se procederá a entrevistar por turnos, alternando un profesional y un interno para de esta manera poder contrastar la información recibida sobre aquellos aspectos relacionados con el tratamiento.

Seguimos la visión de Colín (2009), quien divide a las entrevistas en tres etapas o fases: inicio, desarrollo o cima y cierre:

La primera etapa es la fase inicial, el objetivo principal es lograr que el entrevistado se sienta cómodo, así como dispuesto a hablar liberándose de cualquier tipo de inhibición. Deberá de explicarse la finalidad perseguida con la entrevista, ayudando a reducir notablemente las tensiones.

La segunda etapa es la fase de desarrollo o cima donde se recaba la mayor parte de la información y se profundiza. Se realizará las preguntas enmarcadas en el cuestionario pudiendo en todo momento añadir algunas más para precisar conceptos y eliminar otras que no procedan en ese momento.

La tercera fase o fase final es el cierre de la entrevista. Se indica al entrevistado que se acerca el final, seguido de un resumen de los contenidos tratados. Dándole la posibilidad de aclaraciones, esta etapa pretende atar cabos que hayan podido quedar sueltos.

La observación no sistemática, también conocida como observación no estructurada, es una técnica cualitativa que, a diferencia de la observación estructurada, no se utilizan para el registro de los sucesos que se observan sino para la interpretación de los datos. Permitirá:

- Tener un conocimiento más profundo de los entrevistados
- Descubrir rasgos característicos y tendencia de la personalidad.
- Explorar las actitudes, aptitudes e intereses del entrevistado

- Captar los sentimientos, las expresiones y emociones con la que los presos responden a las preguntas de la entrevista.

El trabajo de *revisión bibliográfica* es una etapa fundamental de todo proyecto de investigación, el cual ha garantizado la obtención de la información más relevante en el campo de estudio. Es la técnica que comprende todas las actividades relacionadas con la búsqueda de información sobre un tema determinado. (Gómez, Navas, Aponte, Betancourt, 2014, p.158)

Esta técnica ha estado presente durante todo el proyecto y se compone de tres fases:

- Definición del problema: En este proyecto se ha intentado conocer cómo ha influido la UTE en la reinserción social de los presos.
- La búsqueda de la información se ha llevado a cabo en libros, revistas y páginas web. Centrando la búsqueda en la preocupación de los profesionales y presos que han estado en la unidad, la forma de llevar a cabo las terapias, las necesidades y recursos con los que cuentan, así como opiniones y críticas de autores reconocidos que han realizado estudios sobre la materia.
- El análisis de la información obtenida se ha dirigido a enfocar las cuestiones que posteriormente se han plasmado en las entrevistas.

Análisis e interpretación. Finalizada las entrevistas, comienza el análisis de la información obtenida, transcribiendo la información grabada y las notas obtenidas. Se ha agrupado aquella información relevante que pueda ser objeto de respuesta para la cumplir con los objetivos específicos establecidos en el proyecto. Y por último una revisión final de las entrevistas a fin de no olvidar aspectos relevantes. (Val Cid y Gutiérrez, 2006)

3.4. MUESTRA

La muestra en la investigación cualitativa responde a criterios de representación socioestructural. Es decir, se busca que el conjunto de sujetos entrevistados reúna las características de los diferentes grupos que existen en el universo de estudio. En este sentido, el perfil de la muestra está supeditado a un grupo de presos pertenecientes al colectivo de drogodependientes que están en la UTE, que habiendo estado en la unidad han renunciado, a otro grupo que ha regresado por un ingreso posterior en prisión y por

aquellos que se han reinsertado después de haber ingresado en la unidad. De este modo, podremos indagar sobre los motivos de la vuelta a prisión accediendo a sus experiencias fuera de la cárcel.

La muestra representativa seleccionada se define de forma teórica donde todo el mundo esté representado proporcionalmente, abarcando todos los sujetos que garantizan las características que importan y se necesitan investigar. Posteriormente, se eligen a los entrevistados atendiendo a los criterios teóricos.

La selección de los internos/profesionales se realiza en función de la representatividad de aquellos aspectos relevantes para la investigación

<p>INTERNOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA UTE</p>	<p>Edad (a) Nacionalidad (b) Nivel de estudio (c) Tipología delictiva (d) Situación penal (e)</p>
<p>INTERNOS QUE HABIENDO ESTADO EN LA UTE SE ENCUENTRAN EN OTROS MÓDULOS (abandono o expulsión)</p>	<p>Edad Nacionalidad Nivel de estudio Tipología delictiva Situación penal Tiempo que estuvieron en la unidad (f)</p>
<p>INTERNOS QUE SE ENCUENTRA REGRESADO EN LA UTE</p>	<p>Edad Nacionalidad Nivel de estudio Tipología delictiva Situación penal Situación laboral (g)</p>

<p>INTERNOS REINSERTADOS</p>	<p>Edad Nacionalidad Nivel de estudios Situación laboral Tiempo que estuvo en la unidad</p>
<p>PROFESIONALES</p>	<p>Sexo (h) Categoría en la Administración Pública (i) Puesto que desempeña (j) Tiempo que llevan en la unidad (j)</p>

A - Se han escogido participantes hombres de edades comprendidas entre 21 y 38 años.

El motivo de seleccionar solo hombres es debido a que la población femenina en prisión es minoritaria. Según los datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciaria (SGIIPP) en diciembre de 2012, la población reclusa femenina ascendía a 5.225 mujeres, frente a los 63.372 hombres encarcelados. Y la participación de las mujeres en estos módulos UTE es casi nula. (Malventi, 2009)

Como ya se ha mencionado anteriormente a finales del 2016 la población penitenciaria en las UTE era de 2.025 varones y 77 mujeres distribuidos en 35 módulos.

B - Nacionalidad: Teniendo en cuenta que se han hallado numerosas nacionalidades diferentes en la muestra se ha optado por simplificar está en dos valores: “0” Nacionales y “1” Extranjeros.

C - En la codificación de los estudios se ha utilizado la Clasificación Nacional de Educación (CNED)- 2000:

Nivel 0: Analfabeto. Se considera analfabetos a las personas de 10 o más años que: no son capaces de leer ni escribir, son capaces de leer, pero no de escribir, o

son capaces de leer y escribir sólo una o varias frases que recuerdan de memoria, números o su propio nombre.

Nivel 1: Educación Primaria Obligatoria. Etapa obligatoria del sistema educativo español, comprende seis cursos académicos, desde los 6 a los 12 años.

Nivel 2: Educación Secundaria Obligatoria. Etapa educativa que se extiende a lo largo de cuatro años después de la Educación Primaria, de los 12 a los 16 años.

Nivel 3: Bachillerato, Ciclo formativo de grado medio, curso de acceso a ciclo formativo de grado medio. Última etapa de la Educación Secundaria tiene carácter voluntario y su duración es de dos cursos, entre los 16 y los 18 años.

D - En la tipología del delito se han agrupado en 5 categorías que se especifican a continuación:

- Delitos contra las personas (asesinato, homicidios, lesiones, secuestro, etc.)
- Violencia familiar (violencia de género, violencia doméstica, trato degradante y amenaza).
- Delito contra la salud pública (relacionados con las drogas: elaboración, despacho, suministro o comercio de sustancias nocivas para la salud y productos químicos)
- Delito contra la propiedad (robo, hurto, apropiación indebida...)
- Otros

E – La situación penal es una variable cualitativa que se puede dividir en dos valores: preventivos (a la espera de ser condenado o bien absuelto) o penado (con sentencia firme).

F – En este apartado se realiza una clasificación temporal, dividiendo el tiempo de permanencia del interno que ha abandonado de forma voluntaria o ha sido expulsado por el Equipo a otro módulo. Esta temporalidad también se utilizará para valorar si el tiempo puede ser uno de los factores determinantes para la reinserción en aquellos internos que, habiendo regresado a su contexto, llevan una vida normalizada.

- a) De 1 a 3 meses b) De 3 a 6 meses c) De 6 a 9 meses
- d) De 9 a 12 meses e) más de 1 año f) más de 2 años.

G – En este apartado se pretende conocer la situación laboral de la persona que ha regresado nuevamente a prisión requiriendo realizar nuevamente el programa terapéutico de la unidad. Se fragmentará la situación en dos variables: “trabajaba” / “no trabajaba”. Estas variables pueden proporcionar información sobre la situación por la que estaba pasando la persona antes de su ingreso en prisión.

H – El sexo de los profesionales se divide en dos variables cualitativa en “hombre” y “mujer”.

I – En nuestro estudio la categoría en Administración pública en prisiones se divide en dos variables “funcionarios públicos” y “Personal Laboral”.

J - El cargo que llevan dentro de la unidad a la vez se subdivide:

- Funcionarios públicos en Genéricos y Encargados
- Personal laboral son los miembros que componen el Equipo Técnico: Trabajadora Social, Educado, Psicóloga, Enfermera, Jurista, etc.

K - El tiempo de permanencia que cada uno de los profesionales que forman en la unidad se divide en 3 valores: - De 0 a 1 año - De 1 a 3 años - Más de 3 años

4. VALORACIÓN PERSONAL, AUTOEVALUACIÓN Y SUGERENCIAS

La elaboración del TFG ha sido muy enriquecedora en todo su proceso de creación. Desde el principio tenía claro el tema de mi TFG. El año que pasé acompañando y colaborando con los trabajadores sociales en la prisión de Tahíche, me despertó la curiosidad por un departamento en concreto, la UTE, una unidad aislada del resto de los módulos con un número reducido de presos y con una atención especializada. Con ello me refiero a que a la unidad era asistida diariamente por un equipo completo de profesionales y en cambio en los demás módulos solo acudían cuando eran requeridos.

Por lo que me cuestioné que esa atención tan personalizada tenía que tener alguna influencia en el futuro de los internos, posiblemente el sistema alternativo que les brindaba la prisión le estuviera ofreciendo una mejor adaptación libre de droga y con conocimiento para encontrar un trabajo y poder encaminar sus vidas en libertad.

Pero con el tiempo y gracias a que realicé las prácticas en dos años consecutivos (tercer y cuarto curso del grado) y en el mismo centro, me permitió ser testigo de cómo internos convencidos de realizar un cambio en su vida, decididos a acabar con su drogadicción y finalizado el tratamiento en la unidad, regresan nuevamente a prisión después de haber obtenido la libertad y supuestamente reinsertado.

Otro de los aspectos que me intrigaba era el motivo de por qué una vez el interno había solicitado unirse a la unidad, haber pasado por las entrevistas de cada uno de los integrantes del Equipo Multidisciplinar, haber esperado el tiempo de resolución y por último tener el beneficio de estar dentro, meses después abandonaba o era expulsado por incumplimiento de las normas.

Unos de los obstáculos con los que me he podido encontrar ha sido la poca información existente sobre el tema. Como se ha manifestado con anterioridad no existe mucha documentación de la Unidades Educativas en los Centros Penitenciario y menos aún sobre la reeducación y reinserción de aquellos internos que han completado el tratamiento.

Por todas estas razones, se me ocurrió enfocar mi investigación desde otro punto de vista que resultó más eficiente, en vez de estudiar la reinserción era mejor analizar la reincidencia. De esta manera llegaría a las interpretaciones deseadas.

Una buena experiencia durante el trabajo fue el momento de realizar el guión de las entrevistas. Pensé que la mejor manera para obtener las preguntas de la entrevista era hablar directamente con la trabajadora social del Centro Penitenciario de Tahiche, coordinadora de la UTE y una de las protagonistas de mi proyecto. Me citó en la prisión, permitiéndome el acceso hasta las instalaciones de la UTE. La impresión de verme nuevamente en la unidad fue rara, había pasado un año desde que finalicé las prácticas y allí me encontraba nuevamente.

Realmente tengo mucho que agradecerle pues me facilitó las normas de la unidad y mucha información que he utilizado en el informe.

A continuación, expondré algunas reflexiones sobre las hipótesis planteadas en el trabajo que me han parecido interesante para futuros proyectos de investigación.

Desde mi modesta opinión creo que efectivamente el tiempo de permanecía en la UTE puede ser uno de los determinantes para la inserción en la sociedad. Algunos presos se incorporan cuando les queda unos pocos meses para obtener la libertad, por lo que creo que el tiempo de estancia no es el suficiente como para llevar a cabo todo el proceso terapéutico. Por otra parte, el exceso también puede empeorar la adaptación al mundo exterior. Si nos imaginamos en una isla aislados donde se ha eliminado todo aquello que nos perjudica, se evitan las malas influencias y acompañado por alguien que nos dice lo que tenemos que hacer. Mi pregunta es ¿después de algunos años seremos capaces de caminar solos?

Creo que tiene que haber un tiempo determinado que permite al preso adaptarse, pero no a acomodarse. La National Institute on Drug Abuse (NIDA) establece este tiempo entre 6 y 9 meses mientras que las Comunidades Terapéuticas de Europa lo sitúan a los 9-11 meses.

Comparto la opinión de los autores e informes descritos anteriormente (Maria José Casares, NIDA, Cutiña) en relación a que mejora la reinserción cuando el preso que ha finalizado su condena en programas educativos en prisión continúa un seguimiento y supervisión en los Centros Extrapenitenciarios. Permitiéndoles seguir con el tratamiento, fortaleciéndoles en la calle, ayudándoles en los momentos más difíciles y evitando que pierdan el rumbo. Recuerdo que en conversación con la coordinadora del centro penitenciario comentó que en las islas menores como son la isla de Lanzarote y Fuerteventura prácticamente no existe un seguimiento posterior al encarcelamiento

(centros extrapenitenciarios) como podrían tener las prisiones más grandes (Extremera, Soto del Real, Gran Canaria, Tenerife, etc.). Además, la isla es tan pequeña que el preso a su salida no tiene muchas oportunidades y regresan a su antiguo entorno, volviendo a caer en la droga. Su comentario fue “por muchos que los preparamos interiormente, la calle, la familia y los amigos tienen más fuerza”.

Este comentario me hizo recordar el pensamiento de Pedro M. Medina (2012) sobre el cual ningún modelo de rehabilitación realizado en prisión sería lo suficiente efectivo si la sociedad causante y culpable de las carencias de los internos no cambia.

En cuanto al tipo de intervención que se lleva en la unidad puede no ser el adecuado. El hecho de que una gran parte de los reclusos que ingresan en la UTE abandonen el programa indica la necesidad de promover estrategias para aumentar la retención. Después de horas de lectura y recopilación de información me atrevería a plantear tres propuestas: una mayor restricción de los criterios de inclusión en el programa terapéutico, establecer fases y temporalización para motivar a los presos en la superación y avance en los programas y, por último, tratamientos adaptados a los diferentes tipos de usuarios, intervenciones que contemplen problemas psicológicos específicos.

Aunque el trabajo ya está terminado reconozco que desde un principio me tenía que haber planteado el indagar sobre las aportaciones documentales con la que podía contar antes de haber elegido el tema. Quizás no hubiera tenido tantas dificultades para obtener información.

Como conclusión y en base a la documentación leída, la unidad terapéutica educativa es la alternativa más eficiente hoy en día para aquellos internos que quieren comenzar una nueva vida libre de droga. Aunque hay aspectos que deben de ser modificados para llegar a un número mayor de población penitenciaria.

No puedo despedirme sin mencionar y agradecer a mi tutora Nasara Cabrera su acompañamiento, sus consejos, experiencias y opiniones durante todo el trabajo ya que me ha ayudado durante muchas partes que no sabía sinceramente cómo abordar.

BIBLIOGRAFÍA

Agudo, E. (2005). *Principio de culpabilidad y reincidencia*. Granada, España: Universidad de Granada.

Altmann, J. (1970). *Arquitectura penitenciaria*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú.

Alvarado, R. (2012). *Perspectiva histórica y problemas actuales de la institución penitenciaria en España*, Ediciones Universidad de Salamanca.

Bernal, A. (2016). Memorándum. *Reinserción Social 3*. Chile. Editorial ABERNALC. Recuperado de http://www.icpala.com/wp-content/uploads/acervo-boletines/MemoReinsercionSocial3_Feb2016.pdf.

Burillo, F. (1999). *El nacimiento de la pena privativa de libertad*. Madrid.

Capdevila, M., Ferrer M., Luque, E. (2005). *La reincidencia en el delito en la justicia de menores*. Cataluña. *Ambit social e cirminològic*.

Casares, M.J. (2012). *Evolución de una unidad libre de drogas intrapenitenciaria*. Universidad de Oviedo. Asturias. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10651/13178>.

Colín, M., Galindo, H., Saucedo, C. (2009) *Introducción a la entrevista psicológica*. México, Trillas, 1ª edición.

Cruces, E. y Aquesolo, J. (2006). *Los años convulsos. 1931-1945*. Documentación del Archivo Histórico Provincial de Málaga. Cádiz: Junta de Andalucía. Consejería de Cultura, 2006, p. 67-77.

Cutiño, S. (2015). *Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas*. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. Núm. 17-11, pp. 1-41. Disponible en internet: <http://criminet.ugr.es/recpc/17/recpc17-11.pdf> ISSN 1695-0194 [RECPC 17-11 (2015), 16 jun].

Correa de Carvalho J.T. (2007). *Historia de las drogas y de la guerra de su difusión*. Disponible en: <http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidad/200712-123355956848.html>.

Enjuanes, J., Garcia, F., Longoria, B. (2014). *La Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona, un nuevo modelo penal de reinserción social*. España. Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa.

- Fernández, D. (2014). *El fin constitucional de la reeducación y reinserción social ¿un derecho fundamental o una orientación?* Universidad a Distancia de Madrid. Madrid.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid. Ediciones Morata S.L.
- Giblos, G. (2012) “*El análisis de datos cualitativo en investigación cualitativa*”. Madrid. Ediciones Morata.
- Gómez, E., Navas, D., Aponte, G. y Betancourt, L.A. (2014). *Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización*. Colombia. Universidad Nacional de Colombia.
- Gudín, R. (2007). *Historia de las prisiones*. Valencia. España.
- Hein, A. (2002). *Factores de riesgo y delincuencia juvenil: revisión de la literatura nacional e internacional*. Santiago, Chile: Fundación Paz Ciudadana.
- Instrucción 3/2011. *Plan de Intervención General en Materia de Drogas en La Institución Penitenciaria*. Secretaria |General de Instituciones Penitenciarias. Madrid.
- Instrucción 9/2014. *Tratamiento Penitenciario. Drogodependencia. Comunidad Terapéutica*. Madrid.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid. Editorial: Morata S.L.
- Ley Orgánica (1849). *Régimen General de Prisiones, cárcel y casas de corrección*. Ley de Prisiones de 26 de julio de 1849. Madrid.
- Ley Orgánica (1869). *Ley de Base para la Reforma Penitenciaria*. Madrid.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, *General Penitenciaria*. Jefatura de Estado. Madrid. «BOE» núm. 239, de 5 de octubre de 1979, páginas 23180 a 23186.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del *Código Penal*. Boe. núm. 281, de 24/11/1995. Jefatura del Estado. España.
- Ley 9/1998, de 22 de julio. *Prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencia*. Comunidad Autónoma de Canarias. BOE. núm. 198, de agosto de 1998.

- López, J. (2008) *Razones para el abandono del tratamiento en una Comunidad Terapéutica*. Pamplona. Navarra. España. Fundación Proyecto Hombre. Recuperado de: investigacion@proyectohombrenavarra.org.
- López, M. (2012). *Evolución del sistema penitenciario*. Anuario Facultad de Derecho - Universidad de Alcalá V (2012)
- Manzanos, C. (1991). *Salida de prisión: La otra condena*. País Vasco. Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Mediana, P.M., (2012). *Evaluación experimental de la eficacia de los programas psicológicos de tratamiento penitenciario*. Ministerio de Interior. Secretaría General Técnica. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2007). Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 2007*. Delegación del Gobierno para el plan Nacional Sobre Drogas, 2007. Madrid.
- Montagut, E. (2015). *Las cárceles en el siglo XIX*. Murcia.
- Núñez, I. (2013). *Concepción Arenal y el fin de la pena desde las fuentes clásicas*. Universidad de Oviedo. Asturias.
- Pérez, B., Rodríguez, F.J., Bringas, C. (2015). *La Unidad Terapéutica y Educativa (UTE): Alternativa a la prisión tradicional en la reeducación y reinserción del penado*. Área de estudios Penitenciario CESC.
- Ramos, V., Carcedo R.C. (2010). *Factores dinámicos de la reincidencia de reclusos drogodependientes en tratamiento en Comunidades Terapéuticas*. Psicología Conductual, Vol.18, Nº 3,2010, pp.613-627. Burgo. España.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el *Reglamento Penitenciario*. Ministerio de Justicia e Interior. Madrid. «BOE» núm. 40, de 15 de febrero de 1996, páginas 5380 a 5435 (56 págs.).
- Rodríguez, F.J., Álvarez, E., García, F., Longoria, B. y Noriega, M. (2013). *Modelo alternativo de intervención educativa en el contexto penitenciario*. Universidad de Oviedo. Asturias. España: Editorial Magister.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Granada. España: Ediciones Aljibe.

Rodríguez, J. M. y Grijalvo, F. (2014). *Intervención en Drogodependencia*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas.

Rodríguez, Y. y Berbell, C. (2016). “*El coronel Montesino convirtió a España en pionera en la transformación de las cárceles en el siglo XIX*”. Madrid.

Rueda, F. (2016). *La comunidad terapéutica, un recurso intensivo para el tratamiento de las adicciones*. Málaga. Recuperado de : <http://revistaindependientes.com/la-comunidad-terapeutica-un-recurso-intensivo-para-el-tratamiento-de-las-adicciones/>.

Secretaría General de Instituciones Penitenciaria (2009). Ministerio de Interior.

Gobierno de España. Recuperado de:

<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/idioma/gl/centrosPenitenciarios/otrasUnidades.html>.

Secretaría General de IIPP (2010). *El sistema penitenciario español*. Alcalá. Madrid.

Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria (2016). *Programas específicos de tratamiento*. Área de Programa. Madrid.

Val Cid, C. y Gutiérrez, J. (2006). *Prácticas Para La Comprensión De La Realidad Social*. Madrid. España. MacCaw Hall.

Vallés, M. (1997): *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Madrid. España. Editorial Síntesis.

Anexo - 1

ENTREVISTA A LOS INTERNOS / LIBERADOS

Internos que se encuentran actualmente ubicados en la UTE

¿Cuál fue el motivo de su ingreso en prisión?

¿Por qué decidió ingresar en la Unidad Terapéutica?

¿Cómo es el funcionamiento diario de la Unidad?

¿Qué tipos de programas realizó y cuales considera son más efectivos?

Cuénteme aspectos positivos y negativos por los que atravesó en la Unidad.

¿Considera que la UTE le ayudó a rehabilitarse de las drogas?

Preguntas auxiliares a los internos que se han marchado de la Unidad a otros módulos.

¿Por qué decidió marcharse de la UTE?

¿Piensa que si el tratamiento (programas, cursos, terapias) fuera de otra manera podían haber tenido más posibilidades?

¿Volvería a ingresar en la unidad?

Preguntas anexas para aquellos liberados que tras un tiempo en libertad regresan a prisión por la comisión de un nuevo delito y deciden incorporarse nuevamente a la unidad.

¿Qué tiempo estuvo en unidad en su primer ingreso?

¿Finalizó el programa de desintoxicación dentro o continuó fuera en algún centro extrapenitenciarios?

Antes de obtener la libertad ¿estuvo un periodo de tiempo en tercer grado (CIS)?

¿Considera que los centros de inserción (CIS) como paso previo a la libertad puede ser un error después de haber pasado por una unidad cerrada de desintoxicación como es la UTE?

¿Regresó a su entorno cuando finalizó la condena o por el contrario decidió abrir un nuevo camino?

¿Cuál fue el motivo de su vuelta en prisión?

¿Cree que le fue de ayuda la unidad en su primer ingreso?

Preguntas extras para los internos reinsertado que se encuentran en libertad

¿Qué tiempo permaneció en la unida? ¿Considera que el tiempo de permanencia en la unidad fue el imprescindible para llevar a cabo su inserción?

Una vez en libertad ¿Realizo un seguimiento extrapenitenciarios del tratamiento de desintoxicación una vez estuvo fuera de prisión?

¿Volvió al mismo barrio o ciudad donde residía antes de ingresar en prisión?

¿Considera que los programas de tratamiento impartidos en la UTE le han sido de utilidad para cambiar de vida?

Anexo - 2

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES DE LA UTE

¿Cuándo comenzó a trabajar en la UTE? ¿Cuál fue el motivo que le llevó a unirse a la Unidad?

¿Hábleme de los programas que se llevan a cabo?

¿Qué diferencia a la UTE del resto de los módulos en los cuales también se llevan a cabo diversas actividades?

En un periodo de tres meses ¿cuántos internos aproximadamente optan por ingresar en la UTE, y en el mismo tiempo cuantos deciden abandonar o han sido expulsados por no ser capaces de llevar las normas?

¿Sería necesario nuevas técnicas, o programas donde evaluaran por qué un alto porcentaje de internos se rinden y no continúan o por qué son expulsado?

Durante todo el tiempo que lleva en la Unidad, ¿Cuántos internos han regresado (aproximadamente) después de haber obtenido la libertad?

¿Cuál cree que puede ser la causa de que el preso que ha salido en libertad después de haber cumplido condena en la Unidad Terapéutica regrese?

¿El paso por el CIS (tercer grado) puede llegar a ser perjudicial para el interno libre de droga?

¿Piensa que el hecho de que los internos estén ubicados en un módulo separado del resto de la población reclusa, evitando de esta manera las malas influencias del resto de los presos, recibiendo curso educativo, cambios en su estilo de vida, etc. pueda ser una mejora en la reinserción social?

¿Puede esto genera una burbuja protectora, donde una vez en libertad no sepan relacionarse y defenderse en el mundo real?

¿Puede existir una relación entre el tiempo que los internos permanecen en la unidas y el éxito en la inserción?

¿Piensa que puede haber aspectos que se pueden mejorar?

¿Cree en la reinserción social de los presos inmersos en la UTE?

COMPROMISO TERAPÉUTICO

INGRESO EN UTE

D. _____
interno del Establecimiento Penitenciario de _____
solicita libremente el ingreso en la UTE, asumiendo el cumplimiento de las
siguientes

OBLIGACIONES

- a) Cumplir las normas recogidas en la Legislación Penitenciaria, así como las específicas del funcionamiento de la UTE.
- b) Renunciar al consumo de cualquier tipo de drogas.
- c) Asistir a las sesiones terapéuticas de grupo y a las restantes actividades de tratamiento.
- d) Someterse a los controles toxicológicos que decida el Equipo Multidisciplinar.
- e) Participar responsablemente en las actividades que se le asignen.
- f) Cumplir en todo momento las indicaciones que sobre el programa de tratamiento establezca el Equipo Multidisciplinar.
- g) Mantener confidencialidad absoluta sobre todos los datos y temas personales de otros internos conocidos en el seno del grupo terapéutico.
- h) Atender las indicaciones del Equipo Multidisciplinar relativas a permisos, salidas programadas, progresiones o derivaciones a centros extrapenitenciarios, sin que ello conlleve renuncia a la tutela judicial efectiva o al derecho de petición.
- i) Asistir durante los permisos a las reuniones que establezca el Equipo Multidisciplinar, con familiares u otras personas o entidades encargadas del seguimiento terapéutico.
- j) Autorizar a los Servicios Médicos del Centro, así como al Servicio Provincial de Drogodependencias u organismo correspondiente, a que informe al Equipo de la UTE sobre los resultados de los controles toxicológicos que se le realicen.

El interno acepta que un incumplimiento claro y deliberado de su compromiso terapéutico puede suponer su expulsión de la UTE.

El Equipo Multidisciplinar ofrece al interno todo el apoyo y motivación que para su integración y progreso en el proceso terapéutico sean necesarios, así como una atención responsable y profesional permanente, utilizando cuantos recursos disponibles en la Administración Penitenciaria consideren útiles para ello.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.
El/la interna

Fdo. El/la representante del
Equipo Multidisciplinar