

Àmbit social i criminològic

## Ajuts a la investigació 2012

# Presó, drogues i poblacions ocultes:

Consum de drogues i conductes de risc per a la salut en població penitenciària.

### Autors

Enric Bañuls Oncina, Rafael Clua García,  
Raúl Jiménez Vinaja i Miriam Imbernón Casas

**Any 2013**

# **Presó, drogues i poblacions ocultes:**

Consum de drogues i conductes de risc per a la salut en població penitenciària.

Enric Bañuls Oncina  
Rafael Clua García  
Raúl Jiménez Vinaja  
Miriam Imbernón Casas\*

\*Professionals del Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (CAS) del CP Brians 1 , Fundació Salut i Comunitat (FSYC).

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta recerca respectant el text original dels autors, que en són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la recerca són de responsabilitat exclusiva dels autors, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

#### Avís legal



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.ca) el text complet de la qual es troba disponible a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.ca>

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se citi l'autoria del material i el Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Departament de Justícia) i no se'n faci un ús comercial ni es transformi per generar obra derivada.

# ÍNDEX

<b>1. Introducció .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Marc conceptual.....</b>	<b>7</b>
2.1. Estat de la qüestió: dades epidemiològiques.....	7
2.1.1. Drogues i Presó.....	8
2.1.2. Infeccions per Malaltia de Transmissió Sanguínia i Sexual (MTSS) a presó.....	10
2.1.3. Conductes de risc de contagi de Malalties de Transmissió Sanguínia i Sexual (MTSS) a presó.....	11
2.1.4. Altres factors de risc.....	14
2.1.5. Tractament del consum excessiu de drogues i conductes de risc relacionades a presó.....	14
2.2. Concepte de presó.....	19
2.2.1. Context presó: CP Brians 1.....	20
2.3. Conductes de risc.....	21
2.4. El rol de l'agent de salut en el context penitenciari.....	23
2.5. Població oculta.....	27
<b>3. Objectius i pla de treball.....</b>	<b>29</b>
<b>4. Desenvolupament i resultats.....</b>	<b>31</b>
4.1. Part quantitativa.....	31
4.1.1. Metodologia.....	31
4.1.2. Anàlisis estadístiques .....	36
4.1.3. Resultats.....	38
4.1.4. Anàlisi dels valors perduts.....	39
4.1.5. Síntesi dels resultats quantitatius.....	53
4.2. Part qualitativa.....	60
4.2.1. Metodologia.....	60
4.2.3. Resultats. Posicionament enfront del risc.....	67
4.2.4. Síntesi dels resultats qualitatius.....	116
<b>5. Conclusions finals .....</b>	<b>122</b>
<b>6. Propostes d'intervenció.....</b>	<b>136</b>
<b>7. Limitacions de l'estudi.....</b>	<b>145</b>
<b>8. Referències bibliogràfiques.....</b>	<b>146</b>
<b>9. Annex dades de l'anàlisi quantitativa: l'enquesta.....</b>	<b>153</b>

## **AGRAÏMENTS**

Agraïm a totes les persones que han participat en la investigació, sobretot als Agents de Salut del CAS del CP Brians 1, per la seva col·laboració desinteressada en apropar-nos a les poblacions menys visibles del context penitenciari.

Volem fer menció també als nostres companys del CAS Brians 1 per haver-nos aguantat durant tot el procés de la investigació, esperem que l'esforç aportí aire fresc a la nostra intervenció diària.

No podem deixar d'agrair la paciència de les nostres parelles i familiars, els quals han viscut també de manera intensa la investigació. Els demanem perdó i els donem gràcies per aguantar les nostres anades i vingudes.

Finalment, volem dedicar el treball al petit Enric Bañuls Robert, fill de l'Enric i l'Anna. Per nosaltres ha estat una darrera sorpresa que ens ha ajudat a donar l'última empenta a la investigació. Felicitats.

## GLOSARI

Acrònim	Definició
ARV	Antiretrovirals
AS	Agent de Salut
CAS	Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències
CP	Centre Penitenciari
GD	Grup de Discussió
LOGP	Llei Orgànica General Penitenciària
MID	Programa de tractament lliure de drogues
MR	Mòdul Residencial
MTSS	Malalties de Transmissió Sanguínia i Sexual
OMS	Organització Mundial de la Salut
PAS	Programa d'Agents de Salut
PIX	Programa d'Intercanvi de Xeringues
PMM	Programa de Manteniment en Metadona
RD	Reducció de Danys
SIDA	Síndrome de Immunodeficiència Adquirida
SNCF	Sistema Nerviós Central
BCH	Virus Hepatitis C
VIP	Virus d'Immunodeficiència Humana
XAT	Xarxa d'Atenció a les Drogodependències

# 1. Introducció

Malgrat la importància que se li dona, persisteix la incertesa respecte al grau i la forma del consum de substàncies psicoactives que es fa als centres penitenciaris catalans i les principals conseqüències d'aquest sobre la salut. Disposem de dades objectives sobre aquests aspectes, però provenen fonamentalment d'extrapolacions d'estudis realitzats a d'altres països propers o amb mostres de tot l'Estat, no completament equivalents a la nostra situació particular; i en molts casos pateixen limitacions pel fet d'estar centrades fonamentalment en dades procedents de persones que estan en contacte amb els recursos de tractament, que poden no ser del tot representatives del gruix de la població penitenciària potencialment consumidora de substàncies addictives.

L'estudi que plantegem sorgeix fruit del desig d'aprofitar l'oportunitat que ens brindava el programa educatiu de formació entre iguals d'Agents de Salut, ofert pel nostre servei al centre penitenciar Brians 1 per la prevenció dels problemes de salut associats amb l'ús de drogues psicoactives; per aprofundir en el coneixement disponible respecte a un seguit d'aspectes rellevants relacionats amb el consum de substàncies addictives i les principals malalties infeccioses associades. I per fer-ho traient el màxim partit de la proximitat dels iguals per fer aflorar fenòmens que solen quedar ocults als observadors externs, així com les vivències internes dels participants.

Al llarg de les planes que venen a continuació anirem desgranant les facetes més destacades de la investigació realitzada. Així començarem repassant els precursors teòrics de l'estudi, seguirem detallant els objectius i la metodologia general plantejada, passarem a exposar detingudament les dues branques que el constitueixen – la quantitativa i la qualitativa- per separat, per acabar integrant els resultats conjunts de totes dues en els apartats finals de conclusions i propostes d'intervenció.

## **2. Marc conceptual**

Aquesta secció recull descripcions detallades dels 5 aspectes precursors que creiem necessaris per entendre el curs posterior de l'estudi. Aquests són: les dades epidemiològiques sobre els problemes de salut objecte de l'estudi, el context de la presó i en concret del CP Brians 1, el concepte de risc, el d'Agents de Salut i el de poblacions ocultes.

### **2.1. Estat de la qüestió: dades epidemiològiques**

Els darrers 25-30 anys han presenciat un qüestionament progressiu dels fonaments de l'estat del benestar en benefici d'un model de societat que ha consagrat l'enriquiment material i l'individualisme per sobre qualsevol altre valor col·lectiu. Un element característic d'aquest nou ordre social han estat les polítiques de seguretat centrades en el control i la criminalització dels sectors més pobres i vulnerables de la nostra societat, que han tingut per conseqüència un increment sense precedents de la població empresonada. Aquest fenomen, que ha estat denominat hiperempresonament o empresonament de masses, ha desbordat la capacitat dels centres penitenciaris dels països desenvolupats que s'han omplert d'immigrants, drogodependents – especialment per via endovenosa –, de persones amb trastorns mentals (Dummont et al., 2012; Jürgens et al, 2011, Wacquant, 2000) i d'afectats per Malalties de Transmissió Sanguínia i Sexual (MTSS) – com el VIH i les hepatitis víriques: VHB i VHC –, doncs ha coincidit en el temps amb l'epidèmia d'aquestes patologies a la població general (Fazel i Baillargeon, 2011).

A més, la massificació, conseqüència de l'hiperempresonament, ha empitjorat les condicions de vida de les presons, que ja eren qualificades de substandards: amb espais reduïts de vida, accés limitat a l'aire lliure, poca llum natural i comoditats, carència d'activitats reforçants educatives, socials i laborals. Aquesta s'ha vinculat també a violència -afavorint que es produeixin baralles, extorsions i coerció sexual - així com a nivells alts de tedi i estrès que han actuat com a factors potenciadors del consum de drogues en un intent per combatre el malestar (Jürgen et al., 2011).



En conclusió: les polítiques punitives de control social aplicades darrerament als països del nostre entorn han contribuït a convertir els centres penitenciaris en entorns de risc per la salut de les persones, incidint fonamentalment a 3 nivells:

1. Els efectes socials de l'empresonament. La majoria dels reclusos provenen d'entorns de baix status socioeconòmic, atrapats en la desocupació i el subempleu, amb un accés insuficient als recursos sanitaris i, com a conseqüència, amb nivells baixos de salut i qualitat de vida que s'accentuen per la situació de privació de llibertat i l'estigmatització que aquesta comporta.

2. L'alt nombre de persones amb trastorns mentals i d'ús de substàncies que es troben reclusos a les presons. Això pot reflectir tant una possible relació d'aquests problemes amb la conducta delictiva, com l'existència d'un grau més alt d'aquests trastorns en població exclosa i, sobretot, una criminalització d'aquestes condicions. De fet l'internament d'aquestes persones en centres penitenciaris és degut en part a un fracàs de la xarxa de salut mental i drogodependències per abordar les seves dificultats (Fazel i Baillargeon, 2011)

3. L'internament a centres penitenciaris comporta una exposició incrementada a conductes de risc de contagi de malalties infeccioses en un entorn caracteritzat per una alta prevalença d'aquestes patologies.

Val a dir que les dones empresonades, en comparació amb els homes sotmesos a la mateixa circumstància, semblen tenir nivells més alts de psicopatologia, d'infecció per VIH i VHC, prenen menys substàncies i tenen més consciència dels seus problemes de salut (Fazel et al, 2006; OED, 2007; Rhodes et al, 2008).

### **2.1.1. Drogues i Presó**

Als països occidentals la prevalença d'antecedents de consum excessiu d'alcohol i drogues entre la població penitenciària és superior a la de la població general (Fazel et al., 2006).

En el nostre país les dades de que disposem al respecte provenen de dues línies d'investigació epidemiològica paral·leles:

Els estudis sobre el consum de drogues a les presons espanyoles- les enquestes sobre Salut i Consum de Drogues als Internats a Institucions Penitenciàries (OED, 2007 i 2012), realitzades amb mostres aleatòries respectives de 4934 i 4980 internats de tota Espanya – i a la població general - l'Informe del *Observatorio español de la droga y la toxicomanía* (OED, 2012).

Els estudis de Prevalença de Trastorns Mentals – entre ells els relacionats amb l'ús de substàncies psicoactives - a les Presons Espanyoles, específicament el de Vicens et al. (2011) fet amb 707 homes presoners també de tot l'estat.

Aquestes dues fonts d'informació conjuntament perfilen el següent quadre:

A les presons espanyoles hi hauria una prevalença superior, en comparació amb la comunitat, de trastorns d'ús de substàncies – 76,2% al llarg de la vida i 17,5% el darrer mes- així com d'altres trastorns mentals, especialment d'ansietat, estat d'ànim, psicòtics i induïts per substàncies. De fet les persones que han tingut un trastorn d'ús de substàncies al llarg de la seva vida tindrien més trastorns mentals. S'ha detectat a més un elevat nombre de trastorns de personalitat entre reus, fonamentalment del clúster B. (Vicens et al, 2011).

Quant al consum de drogues, les substàncies psicoactives (tabac a part) més utilitzades en llibertat pels presos són, en ordre d'importància: l'alcohol, el cànnabis, la cocaïna, l'heroïna i els tranquil·litzants. Un patró que resulta molt similar al de la població general però amb més consum de cocaïna, heroïna, tranquil·litzants i drogues de síntesi. El perfil de substàncies més usades canvia una vegada les persones ingressen a presó predominant el cànnabis, els tranquil·litzants i l'heroïna respectivament. (OED 2007 i 2012).

En definitiva, el consum de drogues que es fa dintre els centres penitenciaris d'Espanya – inclosos els catalans – és inferior al de la comunitat, encara que significatiu i potencialment més perillós per a la salut, a causa de la proporció en què es donen diverses conductes de risc de contraure MTSS – com injectar-se i compartir el material de venopunció – en una població caracteritzada per una elevada prevalença d'aquestes patologies. (OED 2007 i 2012).

A grans trets s'han distingit dos tipus d'addictes a substàncies: un conformat per persones amb una drogodependència funcional caracteritzada per un inici més tardà en el consum problemàtic, menys seqüeles de salut física associades, comorbiditat psiquiàtrica i desadaptació social. L'altre tipus, amb una addicció crònica, tindria un inici més precoç, més patologia tant física com mental associada així com nivells més alts de disfunció familiar, laboral i social. El primer grup, denominat Tipus A per Apol·lo: deu romà de la llum i l'harmonia, tindria més problemes de consum de cocaïna esnifada i alcohol i recorreria més freqüentment a modalitats terapèutiques lliures de drogues, centrades en l'abstinència. El Tipus B - de Bacus: deu romà del caos i l'embriaguesa -, amb més addicció a l'heroïna i a la cocaïna fumada, mostraria preferència per abordatges de tractament de baix d'intell, no centrats exclusivament en l'abstinència (Babor, 1992 i Cloninger, 1987 citats en Muñoz-García et al., 2006).

La tipologia a dalt mencionada tindria implicacions en la conducta delictiva dels addictes. Així Stewart et al (2000, citat en Garrido et al., 2006) amb una cohort de politoxicòmans, van trobar que havien comés un nombre molt alt de delictes, encara que no tots els individus havien tingut el mateix grau d'implicació delictiva doncs un 10% de la mostra eren responsables del 75% de les infraccions comeses mentre un 50% dels investigats no n'havien fet cap. Entre els subjectes que comptabilitzaven més delictes, el consum de drogues – heroïna, cocaïna i benzodiazepines – era molt superior al dels que no havien delinquit, i superior als que ho havien fet amb moderació. Silva et al. (2006), en un altre estudi, conclouen que els alts índexs de delinqüència entre consumidors de drogues podrien no ser deguts a la existència d'un elevat nombre de drogodependents que delinqueixen sinó a un petit grup d'aquests que té una elevada reincidència

### **2.1.2. Infeccions per Malaltia de Transmissió Sanguínia i Sexual (MTSS) a presó**

Tal i com hem comentat, entre els problemes de salut dels reclusos destaquen les MTSS. Així:

Respecte el VIH un primer aspecte a considerar és l'elevat nombre de persones que desconeixen el seu estat d'infectats (Fazel i Baillargeon, 2011).

En la població general la tasa d'incidència d'aquesta malaltia estaria en nivells superiors a la mitja dels països de la Unió Europea: l'any 2010 a Espanya la prevalença aproximada d'infectats per VIH en població general era d'entre el 2,7-3,7 casos per 1000 habitants (Marco et al., 2012).

La prevalença d'infecció per VIH als internats a presons espanyoles ha passat d'un 40% el 1998 a un 10,8% en el 2008 – d'entre els quals un 10,3% complirien criteris diagnòstics de SIDA. Malgrat la disminució és encara molt superior a la de la població penitenciària dels països desenvolupats del nostre entorn: Unió Europea, Austràlia, Canadà i els EUA (Marco et al., 2012).

L'OMS dona unes dades de prevalença de VHC a tot el món d'un 3% (Jürgens et al., 2011) i una revisió recent de diversos estudis de seroprevalença de VHC a presons de 14 països revela valors entre 30-40% (Jürgens et al., 2011). En població penitenciària espanyola, Saiz de la Hoya et al. (2011) comparen les dades de prevalença d'hepatitis infeccioses de 1998 i 2008 concloent una disminució notable del VHC d'un 38,2-48% a un 22,7%.

Tant el VIH com el VHC es transmeten molt eficaçment per via parenteral, motiu pel qual la coinfecció d' ambdues és particularment freqüent entre usuaris de drogues per via intravenosa (Soriano i González-Lahoz, 2005). El VHC és més contagiós que el VIH per via injectada, això explica que la més gran part d'addictes a drogues per via endovenosa s'exposin primer al VHC que al VIH. Així, és d'esperar que la majoria de consumidors de drogues per via injectada amb VIH tingui també VHC mentre molts dels contagiats de VHC no siguin portadors de VIH (Soriano i González-Lahoz, 2005).

### **2.1.3. Conductes de risc de contagi de Malalties de Transmissió Sanguínia i Sexual (MTSS) a presó**

Les investigacions per determinar el contagi de les Malalties de Transmissió Sanguínia i Sexual (MTSS) als centres penitenciaris s'agrupen en torn a dues grans categories (Hammet, 2006):

- a) Estudis basats en dades indirectes que han intentat establir, mitjançant tècniques estadístiques inferencials, l'associació d'aquestes malalties amb diversos factors de risc. Aquest mètode és insuficient per demostrar inequívocament l'existència de contagi.
- b) Estudis basats en dades directes tant prospectives com retrospectives de seroconversió dintre de presó. L'evidència més potent d'aquests estudis prové de les investigacions que han documentat brots epidèmics de VIH a Tailàndia, Escòcia i altres països. També s'ha informat de casos de contagi d'infeccions de VHC causades per compartir material d'injecció a presó.

Entre els factors de risc de contagi d'aquestes malalties a presó, destaca per sobre de tot la història de consum injectat de drogues: les dades internacionals parlen de nivells de consum injectat a presó que excedeixen el 20% de tots els internats (Dummont et al., 2012). En població espanyola, l'enquesta ESDIP 2006 (OED, 2007) parla d'un 1,3% el darrer mes.

Un estudi recent de Marco et al. (2012) confirma el paper preponderant del consum endovenós de drogues com a factor de risc de contagi de VIH a presó, malgrat la disminució de la importància d'aquesta com a via de transmissió en detriment de les pràctiques sexuals. Una quantitat considerable de les persones que s'injectaven abans d'entrar a presó redueixen o interrompen aquesta pràctica en ingressar, encara que molts d'ells la reprendran en sortir en llibertat; d'altres es continuen punxant, generalment menys freqüentment però amb més riscos per la salut; i un altre grup de presos es comencen a injectar al seu interior (Jürgens et al., 2009)

Quant a les conductes sexuals de risc de contagi de VIH al medi penitenciari la investigació ha remarcat especialment el paper de les relacions sexuals no consentides, de l'absència de mitjans protectors així com que aquestes pràctiques es facin en un entorn d'una alta prevalença de gent contagiada de malalties infectocontagioses (Hammet, 2006; Jürgens et al., 2011).

Un altre aspecte rellevant a considerar respecte a les relacions sexuals és el paper que pot exercir la posició de la dona en la relació de parella. En aquest sentit s'ha insistit en que algunes dones que han passat per experiències intensament doloroses, com és el cas de moltes de les persones drogodependents i ingressades

a presó, podrien ser més dependents de les relacions afectives pel seu benestar emocional i la seva autoestima. Aquest fet podria fer-les més vulnerables a sacrificar la seva salut per tal d'evitar el conflicte amb la parella, consentint tenir relacions sexuals de risc (Knudsen et al., 2008).

La infecció per VHC es transmet per exposició a sang contaminada. Als països occidentals entre un 60 i un 80% dels afectats per VHC són consumidors de drogues per via injectada, actuals o en el passat. Altres vies de transmissió proposades han estat els tatuatges i *piercings* amb instrumental no esterilitzat – reutilització de les xeringues o altres objectes punxants, esterilització inapropiada de l'equip, reutilització de la tinta... -, el sexe sense protecció – molt rarament -i la reutilització de material per esnifar infectat. Sense oblidar que hi ha un 20% de persones amb aquesta malaltia que neguen haver estat exposats a cap factor de risc (Tohme et al, 2012; Peña-Orellana et al., 2011).

En una revisió dels estudis sobre el VHC duts a terme en centres penitenciaris Macalino et al. (2004, citat a Dummont et al. 2012) destaquen, com a factors de risc de contagi d'aquesta malaltia a més del consum de drogues injectat, l'ús de drogues per altres vies, la duració de la condemna i l'empresonament previ.

La relació entre temps passat a presó i VHC s'ha explicat en base 3 possibles mecanismes subjacents:

- L'edat com a factor de risc: a més edat més possibilitat de consum i d'exposició al virus (Saiz de la Hoya et al., 2011).
- Les persones que havien estat internades en etapes anteriors a la introducció dels programes de reducció de danys tindrien un risc més gran de contraure el virus (Peña-Orellana et al., 2011).
- Les persones que prenen drogues a presó podrien escalar al consum injectat més fàcilment que els que ho fan en la comunitat, estant exposades a un risc més gran de contagi (Peña-Orellana et al., 2011).

En el seu estudi amb població penitenciària a Puerto Rico Peña-Orellana et al. (2011) convenen que encara que els tatuatges no semblen ser la font primària de

contagi de VHC a presidi, l'alta prevalença d'aquest virus així com de les pràctiques de tatuatge en condicions de risc confirmen la possibilitat d'infecció per aquesta via.

#### **2.1.4. Altres factors de risc**

Rhodes et al. (2008), en un estudi per valorar la relació entre variables de sexe i delictives amb la presència de VHC en població penitenciària, va descobrir que els factors indicatius de conducta delictiva persistent – edat de la primera detenció, nombre de detencions al llarg de la vida i el temps total d'empresonament – es relacionaven positivament amb la existència d'infecció per VHC.

En un estudi de seguiment d'una cohort de subjectes (Piquero et al., 2007, citat en Dummont et al. 2012) van confirmar l'associació entre conducta delictiva persistent i els problemes de salut, la qual es manté quan es controla l'efecte de potencials variables confusores com: l'edat, el sexe, el CI, nivell educatiu, pes en el naixement i l'ús de tabac, alcohol i drogues.

Existeixen altres factors de risc de contagi de malalties infeccioses associats a les infraestructures i a la gestió del funcionament del centre penitenciari. Són: la massificació, la violència dins de la institució, les activitats de bandes, la manca de protecció per presos joves i vulnerables, staff professional insuficient o no adequadament entrenat i mancança de serveis mèdics i socials atents als riscos dels interns...(Jürgen et al., 2011).

#### **2.1.5. Tractament del consum excessiu de drogues i conductes de risc relacionades a presó**

Al centre penitenciari Brians 1, similarment al que passa a la resta de centres penitenciaris catalans, hi tenen lloc un seguit d'actuacions dirigides a abordar els problemes de drogues i les conductes de risc per la salut associades. Les més rellevants són les següents:

### 1. Programes d'analítiques obligatòries.

Apliquen el maneig de contingències, consistent en proporcionar incentius que incrementin l'atractiu de l'abstinència i descoratgin l'ús de drogues. Aquests programes poden disminuir el consum a curt termini, però els guanys declinaran en desaparèixer els reforços externs si la persona no atribueix sentit personal a les conductes alternatives a aquest (Moos, 2007).

### 2. Intervencions motivacionals.

Transporten a l'àmbit penitenciari el model d'Entrevista Motivacional (*Motivational Interviewing*, MI) o de Teràpia d'Augment de la Motivació (*Motivational Enhancement Therapy*, MET) (Miller i Rollnick, 2002). Miller i Rollnick (2002) defineixen aquest abordatge com un mètode directiu, centrat en el client, per incrementar la motivació pel canvi, explorant i resolent l'ambivalència. Descriuen una intervenció breu, que promou un vincle empàtic i no confrontatiu entre el professional i l'usuari, que permeti fer aflorar el conflicte entre la conducta problema i els valors personals de l'individu com a mitjà per activar la motivació pel canvi i el compromís amb aquest de la persona. Aquest tipus d'intervenció, que s'ha aplicat tant en format individual com grupal, s'ha mostrat eficaç per si sola en aconseguir el canvi en les conductes addictives, així com per incrementar la implicació de l'usuari en d'altres tractaments complementaris (Moos, 2007). Es considera un tractament especialment útil amb persones pobrament motivades, hostils i resistents, cosa que el fa recomanable en entorns penitenciaris (Miller i Rollnick, 2002).

### 3. Programes lliures de drogues.

Són programes que tenen per objectiu aconseguir i mantenir l'abstinència del consum de drogues. Acostumen a ser intervencions de caire cognitiu-conductual que treballen, fonamentalment de manera grupal, l'aprenentatge d'estratègies de resolució de problemes, d'autocontrol i habilitats socials. Aquests programes poden aplicar-se en mòduls ordinaris o en Unitats lliures de drogues (*Drug free units*) on hi conviuen, apartats de la resta de reclusos, grups d'interns que s'han compromès per



contracte a restar lliures de drogues. Aquests programes aporten dades de la seva eficàcia en disminuir la reincidència delictiva, essent més controvertits els seus resultats amb els problemes de consum de substàncies i de salut associats (Fazel i Baillargeon, 2012).

Més freqüentment del que seria desitjable, l'atenció als problemes relacionats amb el consum de substàncies addictives a presó s'ha fet mitjançant programes genèrics, de dalt a baix, més centrats en protegir els altres de les conseqüències de la conducta problema que en abordar les necessitats individuals de la persona implicada. Cal remarcar que les intervencions de tractament a presó són més efectives quan són individualitzades, i aborden les circumstàncies específiques que influeixen en conductes problema concretes (McMurrin, 2007).

Tanmateix l'atenció dels problemes de drogues a presó tradicionalment parteix d'un paradigma que alterna elements morals-legals, que entenen la conducta d'ús de substàncies psicoactives com una falta o delictes a combatre, amb d'altres patologitzants, que l'assimilen a una malaltia crònica. Aquest paradigma subjacent ha inspirat intervencions repressores: de reducció de l'oferta amb l'aplicació de tecnologies de detecció de drogues (rajos Xs), inspeccions aleatòries del personal de seguretat, controls d'orina a la sortida de les visites...i tractaments centrats en l'abstinència com a única opció possible els quals deixen fora borses importants de pacients que bé no volen o , el que molt sovint s'amaga darrera de la decisió anterior, no es veuen capaços de renunciar a una estratègia d'afrontament que els ha acompanyat tota la seva vida. Denning et al. (2004) calculen que fins un 80% dels drogodependents podrien quedar fora de l'abast d'aquests programes. McMurrin (2007) alerta de l'alt grau d'abandonament que pateixen els programes de tractament penitenciari, i de que aquells que abandonen tenen nivells més alts de reincidència que els que no fan tractament. S'ha parlat d'efectes iatrogènics associats a estigmatització provinent de relacions amb professionals caracteritzades pel qüestionament de l'individu així com al modelatge de la conducta problema entre iguals (Moos, 2007).

En un intent per superar les carències del paradigma tradicional a dalt senyalat s'ha proposat la Reducció de Danys (RD) que és una perspectiva pragmàtica, que accepta el fet que moltes persones prenen drogues i continuaran prenent-les, veient-

se implicades en riscos per la seva salut, entenent que la visió idealitzada d'una societat sense drogues és molt improbable d'aconseguir. Davant aquests fets la RD modifica el focus de la intervenció, preocupant-se més pels efectes de la conducta addictiva que pel consum en sí mateix. Així aquest plantejament admet que la persona pugui fer canvis per millorar la seva salut malgrat segueixi prenent drogues, sense que això impliqui abandonar l'objectiu de l'abstinència. Es tracta de reduir al màxim les barreres per accedir al tractament, com una manera d'implicar i d'incrementar la percepció d'eficàcia de molts afectats que d'altra manera quedarien exclosos d'uns recursos d'atenció extremadament frustrants.

Al CP Brians 1, com a d'altres presons catalanes, s'apliquen algunes intervencions que cauen dins l'òrbita de la Reducció de danys. Les més rellevants comprenen:

#### 4. Programes de manteniment amb opiacis.

Consisteixen en subministrar, a pacients dependents d'opiacis – generalment heroïna -, altres opiacis de curs legal substitutius, que es prenen de manera prolongada amb l'objectiu d'eliminar la síndrome d'abstinència, alleugerir el desig de la substància addictiva i millorar el benestar físic i social de l'usuari (Cadafalch i Casas, 1993; Strain i Stitzer, 2006; Dolan et al., 2007 ).

La metadona és la substància més usada. El Tractament de Manteniment amb Metadona (PMM) a presó comporta una sèrie de beneficis terapèutics doncs a dosis altes i per períodes de més de 6 mesos redueix el consum de drogues i les recaigudes, el contagi de MTSS, la mortalitat i la reincidència delictiva dels usuaris (Dolan et al., 2007).

Aquest tractament no s'entén com un abordatge merament farmacològic sinó com una intervenció psicosocial més àmplia que té per objectiu la reinserció social del pacient, i que per assolir eficàcia ha de complementar-se amb intervencions psicosocials (Strain i Stitzer, 2006).

## 5. Programes d'Intercanvi de Xeringues (PIX).

Proporcionen, a aquells que es volen injectar drogues, accés a equip d'injecció estèril com: xeringues, coto, cassoletes, aigua destil·lada...(WHO/UNODC/UNAIDS, 2007).

La investigació atribueix a aquests programes resultats positius en la disminució de les pràctiques de compartir xeringues - i per tant dels riscos de contraure MTSS- , sense que es produeixin augments aparellats en el consum de drogues en general i en l'endovenós en particular, ni episodis d'utilització de xeringues com a armes.

Entre els factors que s'han relacionat amb l'eficàcia d'aquestes intervencions destaquen: assegurar un accés fàcil al material, garantir la confidencialitat dels participants i la construcció d'unes relacions de confiança entre els professionals i els interns que hi accedeixen (Jürgens et al., 2009).

Es recomana complementar aquest programa amb d'altres de prevenció de MTSS i d'abordatge de la drogodependència (Dolan et al., 2007).

## 6. Realització de tests diagnòstics generalitzats de MTSS.

Aquesta possibilitat s'ofereix periòdicament, de manera voluntària i confidencial, a tots els internats a presons espanyoles. Les analítiques s'haurien d'inserir dins intervencions més àmplies d'aconsellament que orientin i vinculin a aquestes persones amb els recursos adients per afrontar les necessitats detectades.

Les intervencions així plantejades són efectives tant a nivell preventiu, d'orientació a persones que estan tenint conductes de risc per la seva salut; com de tractament, per diagnosticar a persones infectades de MTSS sense saber-ho i proporcionar-los atenció apropiada (Hammet et al., 2006).

## 7. Educació per a la salut.

Són intervencions informativo-educatives de promoció de la salut i prevenció de malalties infectocontagioses. Aquestes han demostrat en alguns estudis donar lloc a millores en les nivells de coneixement i d'actituds vers el canvi, especialment quan s'apliquen entre iguals (WHO/UNODC/UNAIDS, 2007). Malgrat això no són suficients per si soles, doncs per aconseguir modificacions efectives de les pràctiques de risc els presos han de tenir els mitjans per a poder dur a terme les accions requerides: preservatius; xeringues , materials de tatuatge i *piercing* estèrils...(Jürgens et al., 2009).

Per finalitzar, als CP Brians 1 i 2, existeixen dispositius específics d'atenció a les drogodependències : els Centres d'Assistència i Seguiment (CAS). Aquests constitueixen equips multidisciplinars que tenen per objectiu oferir als interns drogodependents, de manera complementària a les intervencions proposades des de la institució, una atenció sanitària i psicosocial integrada i de qualitat, centrada en les necessitats individuals de la persona i basada en els principis de la RD.

## 2.2. Concepte de presó

El concepte presó ha anat evolucionant al llarg de la història tant en l'estructura arquitectònica com en el seu significat social, ambdós aspectes han estat lligats a la consideració que es tenia sobre les persones recluses (Sierra, 2011). Podem dir que la "forma-presó" és anterior a la forma jurídica, és a dir, segons Michel Foucault (1989), sempre han existit procediments de classificació dels individus a partir dels quals s'han establert estratègies concretes d'observació i de registre per tal de codificar certs comportaments com a vàlids i, alhora, generar un saber acumulable i centralitzat representat com a correcte.

En l'actualitat, l'establiment penitenciari compleix amb la funció resocialitzadora, és a dir la finalitat de la pena privativa de llibertat és la reeducació i la reinserció social de les persones sentenciades (art. 25.2 Constitució Espanyola). La norma jurídica defineix la presó com una de les estratègies a partir de la qual es pretén

complementar o rectificar una suposada socialització deficient o defectuosa, que ha abocat a l'individu a cometre accions delictives (García-Borés, 1995).

Per altra banda, si la mirada a la institució parteix d'un plànol aliè al teoricourídic, podem dir que la presó es construeix com una "societat dintre de la societat" (Zino,1995). Aquest esquema concret ens permet evidenciar la finalitat de la institució penitenciària en la societat actual i alhora enfoca l'existència de certes dinàmiques internes que defineixen el devenir d'estar empresonat.

La presó es construeix a partir de la norma sociojurídica però al mateix temps es defineix a partir de les interaccions en la pròpia institució. És per això que la vida a presó constitueix un sistema social alternatiu (Valverde, 1991), on esdevenen maneres concretes de ser, de estar i de fer.

La institució penitenciària conjuga dos objectius generals, l'objectiu institucional i el de l'individu: la reinserció i la llibertat, dos aspectes que es poden relacionar si es té en compte el significat de cadascuna d'aquestes paraules, però que en el seu desenvolupament pràctic generen incongruències i tensions.

### **2.2.1. Context presó: CP Brians 1**

Actualment a Catalunya hi ha al voltant de 10.000 persones privades de llibertat, entre les quals es quantifiquen uns 4.600 estrangers. D'aquest total de persones preses podem dir que hi ha 680 dones i 9.500 (Dep. Justícia, 2012).

El total de persones preses s'ubiquen en 11 centres penitenciaris distribuïts en diferents localitats del territori català i el pavelló hospitalari penitenciar de Terrassa.

En les diferents dependències penitenciaris cal tenir en compte la situació processal penal de cada individu, aspecte orientador en la classificació del penat. Les dades concreten la existència de unes 8.400 persones penades i prop de 1.800 en situació preventiva, és a dir sense sentència ferma.

La investigació que aquí es presenta es desenvolupa en el centre penitenciar Brians 1 inaugurat l'any 1991. Actualment el centre dona cobertura a un total de unes 1500

persones majoritàriament penades, 300 dones i 1200 homes. El CP Brians 1 es troba ubicat en el terme municipal de Sant Esteve de Sesrovires, en la comarca del Baix Llobregat (Dep. Justícia, 1991). Els interns que han participat en l'estudi resideixen en règim ordinari.

### **2.3. Conductes de risc**

El risc en la salut és un concepte complex on hi participen diferents factors, tant individuals com comunitaris, així com de tipus ambiental i d'organització dels serveis sanitaris (Spink, 2007). Aquest alterna també variables de tipus immediat amb d'altres que no es troben a l'abast de la persona. Dins el propi constructe de risc es distingeixen tres aspectes: l'estimació, la percepció i la gestió d'aquest (Spink, 2007). Tenint en compte tot això, definim les conductes de risc per a la salut com aquells comportaments que poden generar tant conseqüències desitjables (benificis) com indesitjables (pèrdues) per a la salut de l'individu o de les persones que l'envolten.

Cal destacar que el risc no té només una dimensió estrictament personal, lligada a les expressions d'autoafirmació individual. Aquest també és una experiència col·lectiva que defineix les pautes del grup de pertinença. Mary Douglas (1996) afirma que la noció de risc està dintre de la dinàmica social i cultural, per tant, és una construcció cultural que es desenvolupa a partir de les interaccions socials mitjançant pactes i negociacions que desemboquen en certs comportaments socials.

Els discursos i pràctiques dels grups socials estan gestionats per mitjà de les pautes i normes dels estils de vida dels seus membres. La perdurabilitat de les normes en el grup social és la que cohesionarà i donarà sentit als valors promocionats per la continuïtat en el futur d'aquest. Entre elles, hi ha les diferents construccions simbòliques cap als riscos assumits pel grup, depenent de l'acceptabilitat compartida dels seus membres. Segons Douglas:

“El que corre un riesgo prefiere la probabilidad pequeña de una gran ganancia y la gran probabilidad de un pérdida pequeña a unos ingresos seguros. El que tiene aversión al riesgo compra seguridad: ello significa preferir una cierta

pérdida pequeña (prima de seguro) para prevenir la pequeña posibilidad de un pérdida grande. El seguro reduce las variantes de probabilidades futuras” (Douglas, 1996).

Els pressupostos del risc estaran determinats pels beneficis o amenaces, organitzant la quotidianitat del grup social. Però els riscos no es fabriquen només en relació als possibles efectes "reals", no juguen dins de l'operació causa-efecte. La preconcepció de la possible conseqüència "real" està lligada als efectes socials de les mateixes, i només seran incorporats com a norma del grup els fabricats com beneficis o aquells considerats com preventius d'alguna amenaça. En el moment que aquestes pràctiques comencin a suposar un dany als membres d'una comunitat, aquestes seran qüestionades prenent posicions contra "córrer riscos". Aquestes decisions entraran en dubte en aquells que decideixin no canviar-les, podent ser recriminades als que no vulguin seguir les normes del grup. Segons Douglas:

“Una reputación de temeridad, bajeza, locura o cobardía destruirá las oportunidades de que el individuo cuente con la ayuda de la comunidad. Si un grupo de individuos ignora algunos riesgos manifiestos tiene que ser porque su entramado social les estimula a obrar así. Podemos suponer que su interacción social codifica gran parte de los riesgos” (Douglas, 1996:106)

Els ritus, els costums i les pràctiques quotidianes, es sospesen diàriament dins de la balança del risc / benefici per a ser avaluades per la comunitat. Per tant, aquests actes poden estar dotats de diferents significats per les diferents subcomunitats d'un grup social aparentment homogeni. Per això, hem de tenir en compte que un mateix comportament no es produirà amb els mateixos fins dins d'un grup social.

Davant d'aquests fets, la funció dels professionals de la salut ha de dirigir-se cap a l'educació i la promoció de la salut per reflexionar i/o produir canvis en certes accions que poden comportar danys als col·lectius beneficiaris amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida, respectant els diferents estils de vida dels grups socials.

## 2.4. El rol de l'agent de salut en el context penitenciari

L'aparició de l'epidèmia de SIDA a la dècada dels 80 va provocar molts tipus de reaccions socials, tant entre sectors sanitaris com de la pròpia comunitat. Es varen promoure respostes per poder cobrir la necessitat que sorgia del gran nombre de persones que van ser afectades i del seu entorn. Ràpidament aquesta situació afecta directament als col·lectius d'usuaris de drogues que consumeixen per via injectada amb un alt índex de contagis per VIH i VHC entre els seus membres, principalment per compartir agulles. La limitació dels paradigmes d'abstinència (de Andrés y Hernández, 1998:17) que deixen fora de tractament a una gran quantitat de "pacients" precipiten, entre altres coses, la pròpia organització d'aquestes persones. En aquest context apareix el moviment de la *Junkiebond* holandesa (Borràs et al. 2000:26), agrupació que reivindica el dret a la lliure gestió del cos y de la vida dels usuaris de drogues, essent aquests els primers en portar a terme un programa d'intercanvi de xeringues per evitar certes infeccions. Els seus objectius no anaven dirigits únicament a lluitar envers les polítiques de drogues vigents i els tractaments abstinencialistes, el recolzament entre iguals i l'ajuda mútua esdevé també un element central en les seves agendes buscant oferir en aquets espais un catalitzador de la situació d'estigmatització, discriminació i la criminalització que pateixen els usuaris de drogues. En aquets grups es generen una sèrie de coneixements i experiències que esdevindran claus per a poder transmetre a d'altres persones en situacions similars i que ajudin a la millora de la qualitat de vida dels usuaris de drogues prevenint problemes i promocionant la salut.

L'educació entre iguals o *inter pares* sorgeix dels postulats de l'educació per a la salut i centra la seva especificitat en el fet de que dos persones del mateix grup social tindran més possibilitats d'arribar a una comunicació eficaç i apropar-se una mica més a l'objectiu de canviar "subcultures", normes i contextos (Friedman, 1998 citat en Borràs et al, 2000: 21). Es basa en teories com l'Aprenentatge Social, l'Acció Raonada o la de la Difusió de la Informació. Aquest tipus d'educació s'ha utilitzat en molts camps mèdics com la nutrició, la planificació familiar, la prevenció de la violència o en el consum de drogues però sobretot esdevé clau en el treball amb persones infectades per el VIH/SIDA (García Lalinde, 2004: 16). Està àmpliament comprovat que els educadors que treballen amb educació entre iguals aconseguen un millor accés, acceptació i apreciació per part de la població



destinatària, fruit d'una comunicació més creïble i eficaç; ja que coneixen millor les característiques i particularitats de les poblacions a les quals es dirigeixen i utilitzen un vocabulari més adequat a elles. A més a més aquest educadors constitueixen models a seguir que fan servir, normalment, metodologies participatives en les seves accions, facilitant la vinculació dels col·lectius destinataris cap a uns discursos de millora de la salut.

Cap als anys 90, i en aquest context, sorgeixen les polítiques de Reducció de Riscos i Danys les quals plantegen que les intervencions en drogues han d'adaptar-se a les persones i no al revés, partint de la presa de consciència sobre les grans mancances dels tractaments dirigits únicament a l'abstinència per resoldre les conseqüències negatives que provoquen alguns patrons de consum sobre la salut de la persona.

La Reducció de Danys (RD) és un enfocament pragmàtic orientat a disminuir els danys associats a l'ús de drogues i altres activitats d'alt risc que incorpora diverses estratègies que engloben un ampli espectre: des de l'educació en consum higiènic fins el treball dirigit a l'abstinència, passant pel maneig del consum (Marlatt i Witzkiewitz, 2010). L'objectiu principal de les intervencions de RD és el de rebre a la persona des de on ell es troba, sense condemnar però tampoc ignorar les conductes problemàtiques, sinó més aviat treballar amb l'individu o la comunitat per tal de minimitzar-ne els efectes negatius.

Dins el marc conceptual més gran de la RD s'insereix l'estratègia d'apropament cap a poblacions amagades anomenada operació Bola de Neu. Aquest mètode té com a objectiu transmetre a col·lectius d'usuaris de drogues informació sobre salut i els riscos del consum mitjançant les accions d'un petit grup d'usuaris de drogues que han rebut un curs de formació com Agents de Salut (García Lalinde, 2004). La mediació social, l'educació entre iguals i la intervenció comunitària són perspectives que han nodrit aquesta idea original del Doctor Jean –Pierre Jacque i que posteriorment l'organització Belga "Modus Vivendi" va posar en pràctica escampant-la sobretot pels països del sud d'Europa.

L'estratègia educativa de la Bola de Neu suposa un conjunt d'accions coordinades que pretenen incloure l'individu en un procés de treball personal en què es dóna valor al seu mode de vida desenvolupat en relació al propi ús de drogues,

esdevenint aquest una font de coneixement essencial pel posterior procés d'educació entre iguals. Reconèixer aquest coneixement i les seves experiències enforteix a l'individu, permetent l'anàlisi de les capacitats individuals indispensables per dissenyar intervencions més precises i adaptades a les necessitats reals de la població a la qual ens volem apropar.

En el nostre cas l'Agent de salut (AS) es troba empresonat, per tant és coneixedor d'una realitat concreta, d'uns codis i uns discursos als que el professional, per les limitacions del seu rol, no hi té accés. Tenint en compte aquesta deconstrucció del model d'intervenció vertical professional-usuari, la figura de l'AS no esdevé el mer destinatari de l'acció del professional (Goosdeel et al., 1999) en el programa, sinó que adquireix un rol de mediador, que es crea a partir d'un vincle educatiu basat en la confiança, el respecte i en compartir "sabers"; per tal de poder obtenir una font d'informació real del context penitenciari i així poder proposar intervencions conjuntes més adaptades a la realitat.

La participació activa dels i les usuàries és un requisit indispensable pel desenvolupament d'una operació Bola de Neu . Aquesta predisposició afavoreix estratègies d'educació entre iguals. És a dir, l'AS és la figura que acompanya en els diferents processos vitals i orienta en relació a les necessitats particulars d'altres iguals, usuaris o ex-usuaris de drogues, que es troben en situació "d'invisibilitat" (grup diana) davant la institució penitenciària i/o les propostes de tractament de drogues que aquesta li ofereix. La implicació, el compromís, la motivació i la responsabilitat (Goosdeel et al., 1999) dels participants del programa esdevenen claus en la implementació del que s'anomena prevenció participativa, que consisteix en potenciar (García Lalinde, 2004):

- La transmissió eficaç d'informació concreta entre els col·lectius específics d'usuaris de drogues.
- La promoció de recursos sanitaris i socials entre els diversos grups de consumidors de drogues.
- El contacte amb poblacions ocultes (grup diana) d'usuaris de drogues.
- L'augment de l'autoestima i la qualitat de vida dels AS.

- El canvi d'actituds i comportaments tant en la població diana com en els propis AS.

El Programa d'Agents de Salut: Un Pas Endavant (PAS) que aquí us presentem és una adaptació del programa marc Bola de Neu (Goosdeel et al. 1999) per la seva aplicació a presó, ajustat a les característiques especials d'ambdós col·lectius participants (grup d'AS<sup>1</sup> i grup diana) associades sobretot al context tancat on es troben.

Es desenvolupa en quatre mesos de curs formatiu amb una periodicitat de dos sessions setmanals de 1,5h. S'organitza en quatre fases per treballar els diferents continguts:

**1a fase. Introducció al programa:** presentació del programa, cohesió de grup, concepte de "Bola de Neu", el perfil i el rol de l'AS...

**2a fase. *Cóm ho diem? (la comunicació):*** concepte i formes de comunicació, l'escolta activa, comunicació no verbal i verbal, assertivitat i empatia, la comunicació social vs. la comunicació terapèutica...

**3a fase. *Què diem? (temes específics):*** La Reducció de Danys, classificació de les drogues, opcions de consum i tractaments, recaigudes, estratègies d'afrontament, la responsabilitat, prevenció i atenció a la sobredosis i l'administració de naloxona, venopunció higiènica, PIX i sales de consum, metadona i benzodiazepines, VIH i VHC, sexualitat segura i malalties de transmissió sexual...

**4a fase. Accions:** l'enquesta.

El PAS pretén apropar la figura de l'AS, com a mediador, al context del centre penitenciari, des d'una òptica de RD en el consum de drogues. A més a més, mitjançant el treball conjunt amb aquest nou agent social podrem comprendre i

---

<sup>1</sup> En el Bola de neu original s'anomena als participants del programa "jobistes" o "activistes", segons la versió belga o espanyola. La nomenclatura utilitzada en la nostra adaptació del programa correspon a la d' "Agent de Salut", ja que aquest terme inclou el concepte de salut, aspecte important i d'èmfasi al llarg de la formació, i objectiu principal en la seva acció com a mediador en l'entorn penitenciari.

interpretar la realitat on desenvoluparem la nostra acció, així com identificar les necessitats de la població del propi centre penitenciari.

L'especificitat de les persones usuàries de drogues privades de llibertat i la singularitat de l'entorn penitenciari requereixen una intervenció en el tractament de drogues perfilada, tant en objectius com en metodologia, per tal de ser eficients en la praxis professional. Entenem que tant la RD, quant a paradigma conceptual, com el model de Bola de Neu ens acosten, de manera progressiva però alhora ferma, a conèixer per tal d'entendre una de les moltes realitats de les persones consumidores de drogues.

## **2.5. Població oculta**

Les poblacions ocultes són aquelles que ens resulten desconegudes pel seu difícil accés degut tant a motius estructurals com de relacions amb la població general. A vegades aquest fet reflexa la baixa visibilitat de determinats col·lectius, en d'altres ocasions una preocupació accentuada dels seus membres per la privacitat. En general, són poblacions que es troben en desavantatge i privades de drets civils, de les quals en sabem molt poc (Romero et al., 2003).

Des del nostre plantejament d'estudi realitzarem dos nivells de diferenciació d'aquest tipus de població. Des d'un nivell macro, parlem d'un grup de persones apartat de la resta de la societat, en aquest sentit entenem els internats a centres penitenciaris com una població oculta per tractar-se de persones privades de participació social. Per altra banda, des del nostre rol dins de presó, sabem que les persones que realitzen conductes de risc no són només aquelles que problematitzen el seu consum de drogues, que sol·liciten els tractaments o usen les estratègies preventives ofertes pels equips de professionals del centre penitenciari. En aquest sentit, des d'un plantejament micro, entenem també per població oculta a aquelles persones, de difícil accessibilitat dins de presó, que realitzen conductes de risc i no són pròximes a les mesures de promoció de la salut i tractament de la institució. A aquestes hi afegim aquelles altres amb antecedents de problemes de consum de drogues que, en aconseguir disminuir o evitar certes pràctiques, no es conceptualitzen experimentant un procés problemàtic susceptible de ser tractat per

professionals; les quals mantenen , sovint, al llarg de la condemna, una forta pressió de desig de consumir sostinguda en el temps que causa nivells importants de malestar.

D'aquesta manera, malgrat la percepció que es té a presó d' una fàcil detecció i accessibilitat a la població estudiada, hem hagut de fer servir estratègies d'apropament específiques per poblacions amagades - veure apartat de metodologia – per tal d' intentar arribar al fons del problema, sortejant una vana explicació de la realitat social.

Resumint, entenem per població oculta, des d'un nivell macro, a les persones privades de llibertat enfront de la població general, i des d'un nivell micro, als grups de persones no visibles dins el context penitenciari. Tots dos grups constitueixen el centre d'atenció del nostre estudi.

### **3. Objectius i pla de treball**

L'objectiu principal d'aquest treball és conèixer la prevalença i principals característiques descriptives d'un seguit de variables relacionades amb la salut com són: el consum de drogues, els problemes amb l'ús d'aquestes i el seu tractament, les principals malalties infeccioses associades i conductes de risc de transmissió de les mateixes; així com d'un conjunt de variables relacionades amb totes les anteriors i potencialment predictores d'aquestes, a la mostra de persones empresonades estudiada.

Aquest objectiu general es desglossa en 4 objectius específics que s'operativitzen com segueix:

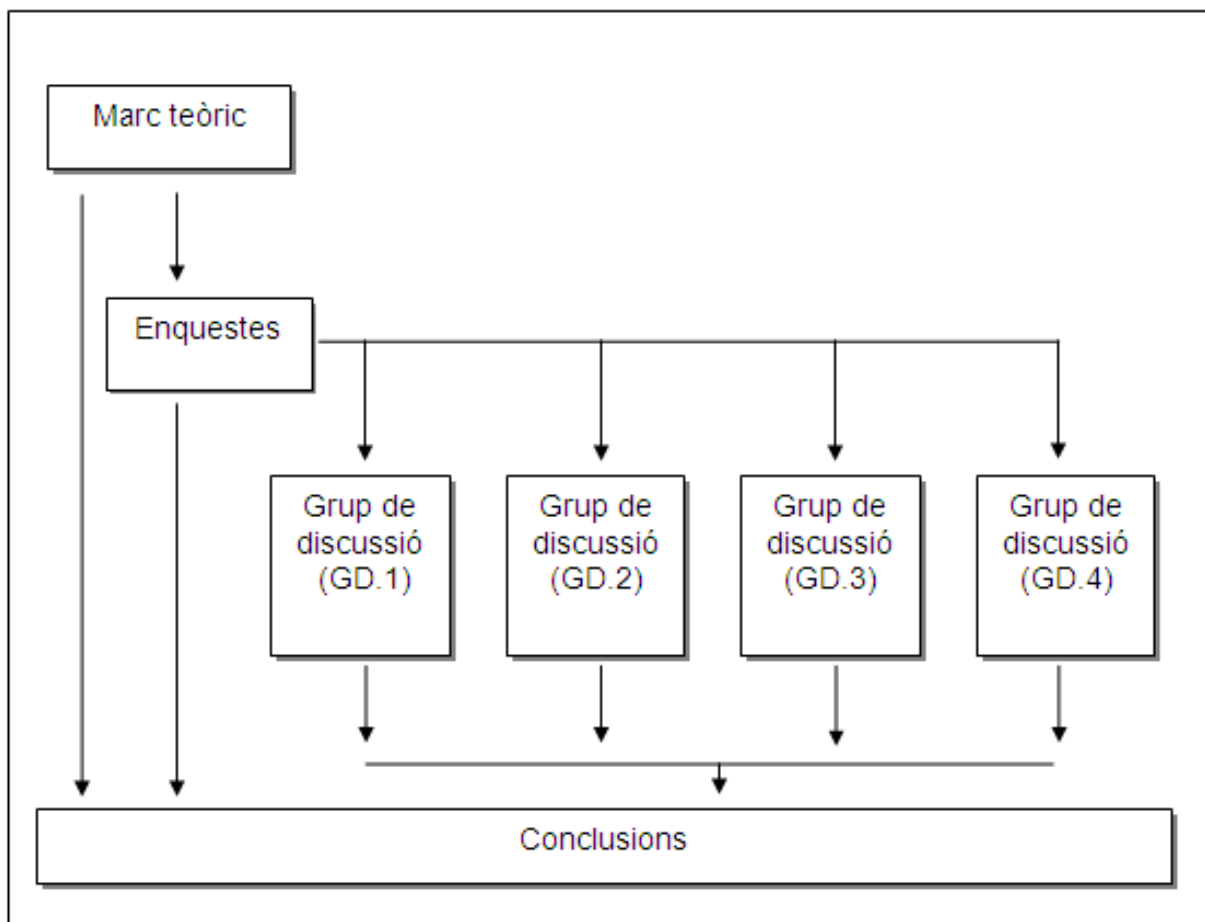
1. Elaborar un instrument útil per tal de estudiar les característiques esmentades en població penitenciària. De fet, busquem aportar informació respecte a la validesa de l'entrevista, i també de la metodologia d'investigació practicada.
2. Aportar dades respecte a la prevalença i les característiques descriptives del consum de substàncies psicoactives, els trastorns d'ús d'aquestes i el seu tractament, les principals malalties infectocontagioses associades i les conductes de risc de transmissió de les mateixes en població penitenciària; aprofundint en els discursos dels participants.
3. Valorar les associacions entre les variables de salut, esmentades al subobjectiu anterior, i una sèrie de factors potencialment associats a elles, amb probable valor predictiu i interpretatiu dels posicionaments de les persones encarcerades.
4. El quart objectiu concret, epíleg dels 3 anteriors, persegueix aprofitar la informació aportada per aquests per tal d'elaborar propostes d'intervenció que guiïn les nostres actuacions davant els problemes estudiats.

Ens plantegem investigar aquests punts de manera comprensiva: sumant la informació més objectiva amb l'experiència subjectiva dels participants. Per això hem decidit emprar una metodologia dual que complementa mètodes quantitius - la realització d'un estudi observacional transversal amb les dades aportades per una enquesta - amb d'altres qualitius – la realització de diversos grups de discussió.

Encara que per motius procedimentals totes dues metodologies es bifurquen durant bona part del nostre treball, donant lloc a desenvolupaments independents; reprendrem la unitat del conjunt a les conclusions finals, on fondrem la informació més rellevant aportada per totes dues branques de l'estudi donant resposta als objectius aquí plantejats.

La figura que ve a continuació il·lustra el procediment seguit, com podem observar la recerca es construeix en base a tres fonts de informació: el marc teòric, les enquestes i els grups de discussió. El marc teòric fonamenta les dues branques d'estudi i alhora recolza les conclusions conjuntes.

**Figura 1: Esquema de la recollida de informació**



## **4. Desenvolupament i resultats**

### **4.1. Part quantitativa**

#### **4.1.1. Metodologia**

Sota aquest epígraf descrivim la realització d'un estudi observacional transversal que ha comportat l'administració d'una enquesta, en format d'entrevista, per un conjunt d'entrevistadors d'accés privilegiat, seleccionats entre els participants del programa educatiu d'Agents de Salut PAS del CAS del CP Brians 1. Els entrevistadors proposats han entrevistat a una mostra de participants tots ells potencials usuaris de substàncies psicoactives.

#### **a. Recollida de les dades quantitatives: enquestes**

Dins el projecte educatiu d'Agents de Salut ofert pel servei es dugueren a terme la quarta(PAS IV) i la cinquena(PAS V) promoció de la formació d'Agents de Salut. La primera es realitzà en mòduls d'homes i la segona en el mòdul de dones, compartint la mateixa temporalitat i estructura. Els continguts treballats gravitaven entorn a l'objectiu de capacitar a un grup d'usuaris i usuàries per a actuar com orientadors i mediadors, en el marc d'un paradigma d'educació entre iguals, en relació a la promoció de la salut amb consumidors potencials de drogues en el context penitenciari.

La captació dels participants en la formació es va fer mitjançant dues vies: primer ens vam posar en contacte amb diversos usuaris i usuàries vinculats al servei, que ens van portar d'altres persones potencialment interessades en participar en les activitats grupals prèvies d'Educació per a la Salut i de Reducció de Danys. Una segona via va ser oferir directament llistes obertes als diferents mòduls residencials per a qualsevol persona interessada en participar en aquets grups educatius precedents a la formació d'Agents de Salut. Aquelles persones que es van integrar en aquest treball grupal inicialment plantejat i van ser valorades com candidates adequades, se'ls oferia posteriorment participar en el programa PAS d'Agents de Salut. Entenem per candidats adequats a persones que van mostrar motivació, posició i habilitats; amb cert prestigi o que siguin apreciats per el seu entorn i que podrien convertir-se en un model o referent entre els seus companys i companyes; i



que van manifestar una actitud oberta, flexible i respectuosa, amb interès per aprendre, creativitat, capacitat empàtica i de treball en equip... És pràcticament impossible trobar a una persona amb totes aquestes capacitats, per això l'interès de la formació grupal del PAS va anar centrada a desenvolupar les potencialitats personals dels participants per apropar-se de mica en mica, en el possible, al model ideal d'AS.

La formació culminava amb l'administració d'una enquesta, per part dels participants, sobre consum de drogues i conductes de risc per la salut en l'àmbit penitenciari. L'objectiu d'aquesta acció és doble: obtenir informació de la població a la qual ens dirigim mitjançant l'enquesta i posar en pràctica els coneixements treballats i el rol d'AS. Aquesta enquesta constituirà l'eina quantitativa fonamental del nostre estudi.

Poc abans de iniciar les entrevistes, vam realitzar una sessió específicament dedicada a preparar l'acció de passar el qüestionari on es treballaren tot un seguit d'aspectes:

1. Es va revisar el contingut i les preguntes concretes. Es van llegir una per una les preguntes i es van resoldre els dubtes que van sorgir.
2. Vam practicar amb els entrevistadors la formulació de les preguntes i com construir un *setting* apropiat per plantejar-les: es va valorar la importància de trobar llocs i contextos al CP que fossin tranquils i que facilitessin la comunicació a l'hora d'enquestar.
3. Es va posar especial èmfasi en definir el perfil dels enquestats i enquestades: persones que accedeixen voluntàriament a contestar les preguntes, una vegada han estat informades dels continguts generals i de la confidencialitat de la informació. Aquestes, per la seva connexió amb els AS serien potencials consumidores de substàncies psicoactives.

Els enquestadors van ser instruïts específicament en el respecte a la confidencialitat de la informació proporcionada i a la voluntat manifestada pels participants.

4. Cada participant disposaria d'un temps de dues setmanes per fer un màxim de 10 enquestes.

5. Es va oferir un bloc de notes per anar apuntant qüestions rellevants viscudes al llarg del procés i en acabar poder valorar-les.

En acabar la sessió vam quedar en trobar-nos amb els entrevistadors a nivell grupal, una vegada recollides les enquestes, per tal de compartir les impressions sorgides en l'experiència de realitzar les entrevistes (veure annex de Dades de l'anàlisi quantitativa: l'enquesta, apartat d'anàlisi de valors perduts).

Van iniciar la formació un total de 16 homes i 13 dones. El grup va perdre integrants al llarg del procés per diferents motius: canvis de mòdul o de centre penitenciari, progressió penitenciària cap al medi semiobert, incompatibilitat horària amb d'altres activitats d'interès, etc.

Finalment, un total de 13 homes i 7 dones van acabar la formació passant a realitzar les enquestes. Els primers pertanyien al PAS IV, les segones al PAS V.

### **L'enquesta com a eina per a la recollida de dades**

L'instrument utilitzat ha estat elaborat en base a la proposta del programa Bola de Neu original, adaptant conceptes d'articles relacionats i complementant-los amb l'experiència dels investigadors. Aquest s'estructura en 5 seccions cadascuna de les quals inclou diverses variables rellevants que detallem a continuació:

**Figura 2: Principals variables recollides a l'enquesta**

<b>Camps d'anàlisi</b>	<b>Variables d'anàlisi</b>
Dades sociodemogràfiques	Edat: del subjecte en el moment de l'estudi (anys complerts)
	Sexe: Home o Dona
	Lloc de naixement: Espanya o estranger

Variables socioeconòmiques	Vincle familiar: presència o absència del mateix	
	Preocupació problemes familiars: presència o absència de malestar considerable al respecte	
	Font de ingressos a presó (principal): feina, peculi o pensió	
Consum de substàncies i tractament de problemes de drogues	Addicció reconeguda	
	Substància problema principal	
	Consum anterior al inici de la conducta delictiva	
	Consum de drogues il·legals (últims 6 mesos)	
	Consum de heroïna, cocaïna, cànnabis, alcohol i altres substàncies (en els darrers 6 mesos)	
	Haver rebut tractament de drogues en llibertat alguna vegada	
	Haver fet tractament de drogues a presó	
	Tenir antecedents d'haver estat en tractament amb metadona	
Salut física, mental i conductes de risc per a la salut	Salut física:	Preocupació per problemes de salut (darrers 30 dies)
		Importància del tractament de problemes de salut (darrers 30 dies)
		Realització de la prova de VIH
		Realització de la prova de VHC

		Infectat de MTSS estudiada	
		VIH positiu	
		VHC positiu	
		Coinfecció VIH-VHC	
	Conductes de risc:	Consum injectat a presó (últims 6 mesos)	
		Participació en programa PIX els darrers 6 mesos	
		Compartir material de venopunció	
		Tatuatge a presó	
		Tatuatge estèril a presó	
		Sexe sense protecció: haver tingut relacions sexuals sense protecció	
	Salut mental:	Antecedents d' haver rebut tractament per trastorn mental	
	Conducta delictiva i història penitenciària	Temps total de condemna (anys)	
		Temps complert de la condemna actual (en anys)	
Condemnes complertes – incloent l'actual: primari, reincident, multireincident -, Sancions (presència o absència) i Primers graus (cap, un o més o presència-absència)			

### b. Mostreig de les enquestes

El qüestionari de valoració d'aspectes de salut i consum de drogues s'ha administrat a un conjunt de persones escollides mitjançant un mostreig de Bola de Neu amb

entrevistadors d'accés privilegiat (els AS). El mostreig Bola de Neu consisteix en entrenar a persones que tenen les característiques objectiu de l'estudi, en el nostre cas estar ingressades a presó i ser potencials consumidors de drogues, per a que identifiquin i ens portin a persones amb les mateixes característiques; les quals seran ensinistrades a fer el mateix al seu torn, i així successivament fins recollir una mostra suficient. La varietat d'entrevista d'accés privilegiat consisteix en formar a persones, que per les seves característiques gaudeixen d'un accés preferent a la població a estudiar, per a que entrevistin a diversos components d'aquesta. Aquest tipus de mostreig ha estat proposat a la literatura científica com a alternativa a d'altres no aleatoris –o de conveniència– més tradicionals per tal d'afavorir l'accés a poblacions ocultes i, en conseqüència, per proporcionar una informació de més gran validesa sobre les pràctiques analitzades. De fet, ha estat especialment recomanat per comportaments, com és el cas dels que ens proposem estudiar, que són clandestins i, en conseqüència, s'enquadren en entorns socials definits per la sospita i la desconfiança (Dunn y Ferri, 1999; Bernard, 1994:97 citat en Romo, 2001).

El qüestionari s'ha aplicat en format d'entrevista a una mostra de 178 subjectes, tots ells potencials usuaris i usuàries de substàncies psicoactives que van donar el seu consentiment informat a participar-hi. S'ha accedit a un total de 110 homes(61'8% de la mostra) i 68 dones(38'2%). L'acció concreta de l'entrevista ha tingut lloc principalment als diferents mòduls residencials (MR1,MR2 i MR3 d' homes i DU i DII de dones) amb alguna excepció puntual en què va ser executat en espais comuns, on coincidien persones de diferents mòduls per fer activitats intermodulars, aprofitant espais de descans d'aquestes.

Al nostre cas el mostreig Bola de Neu s'ha portat a terme amb només un nivell de cadena (Díaz et al. 1992: 60), és a dir, que els entrevistadors no necessitaven que els entrevistats els portessin d'altres persones. El nostre interès principal ha estat aprofitar l'ascendència dels AS entre els seus companys per obtenir una informació més valuosa d'aquests mitjançant entrevistes d'accés privilegiat.

#### **4.1.2. Anàlisis estadístiques**

Les variables del qüestionari a dalt detallades, han participat en 4 blocs d'anàlisis estadístiques que detallarem a continuació:

1. Anàlisi dels Valors Perduts
2. Anàlisi descriptiu
3. Comparacions Bivariants
4. Anàlisi Multivariant

El primer es refereix aquells càlculs que han anat dirigits a investigar la participació dels subjectes a l'estudi i les variables que hi hagin pogut influir.

Per tal d'investigar això hem fet servir 3 procediments complementaris : el càlcul dels percentatges de valors perduts de les diferents variables estudiades, l'anàlisi de les correlacions que cadascuna d'aquestes variables tenen amb la que comprèn el nombre de valors perduts per individu, així com les conclusions d'una entrevista grupal, de posada en comú, realitzada amb els entrevistadors, per tal d'extreure'n les seves impressions respecte al procés d'administració de l'enquesta als participants.

El segon bloc d'anàlisis recull les prevalences estimades de les diferents variables de salut estudiades així com d'altres potencialment associades.

El tercer incorpora les anàlisis univariants dutes a terme per tal d'investigar la relació existent entre les variables objectiu fonamental de l'estudi, que es tracten com a variables de resultat - les relacionades amb les característiques de la conducta de consum de substàncies addictives, les relatives a l'estat de salut i les conductes de risc per la salut dels subjectes enquestats – i altres factors potencialment associats, que han actuat com a variables d'efecte.

Aquestes valoracions han estat realitzades amb comparacions de mitjanes (mitjançant t de student) i anàlisis de variança (en cas de variables d'efecte amb més de dues categories) quan les variables de resultat han estat quantitatives. Amb les categòriques hem aplicat chi-quadrat ( $\chi^2$ ) i, quan no s'han complert les condicions d'aplicació d'aquesta darrera prova, la prova exacta de Fisher.

El quart i darrer apartat ha volgut estudiar, amb tècniques multivariants de regressió, l'associació entre els valors obtinguts en la nostra mostra a les principals variables de resultat estudiades i els principals factors relacionats, considerats conjuntament

en models predictius. Amb aquest mètode hem volgut anar a buscar quins són els factors amb més poder explicatiu, que corresponen a aquells que mantenen una relació significativa amb la variable de resultat estudiada una vegada tenim en compte els efectes dels restants predictors.

La Figura 3 il·lustra els procediments utilitzats en cada bloc d'anàlisi.

**Figura 3: Tipus d'anàlisis i procediments estadístics realitzats amb les dades de l'enquesta**

Tipus d'anàlisi	Procediments
Valors perduts	Percentatges Correlacions (r de Spearman) Posada en comú
Descriptius	Prevalences(%)
Comparacions Bivariants	t-student, AVAR (quantitatives) Chi-quadrat (qualitatives) Prova de Fisher
Anàlisi Multivariant	Models predictius calculats amb anàlisis de Regressió logística pas a pas (Forward stepwise)

Totes aquestes anàlisis s'han fet amb el programa informàtic SPSS 17.0.

Hem de destacar que en tots els càlculs realitzats s'han emprat tots els subjectes amb valors vàlids a les variables estudiades.

#### 4.1.3. Resultats

Exposarem els resultats ordenats en funció dels blocs d'anàlisis prèviament establerts. Els resultats complets de les mesures són a l'annex de Dades de l'anàlisi

quantitativa: l'enquesta. Aquest conté les dades completes. Aquí enunciem les més rellevants de cada apartat.

#### **4.1.4. Anàlisi dels valors perduts**

Els resultats es detallen a l'apartat 1 de l'annex de Dades de l'anàlisi quantitativa. El referent a l'anàlisi de valors perduts. En resum indiquen que:

Alguns ítems, els més representatius dels quals han estat els de substància problema principal i via d'administració, han presentat un alt nombre de valors perduts obligant-nos a reflexionar sobre el succeït.

Hi han hagut respostes en blanc a pràcticament totes les variables considerades, encara que en la majoria d'elles dintre un rang acceptable.

Com es pot comprovar a la taula 1.1, entre les variables que han rebut un nivell de resposta acceptable, les que han tingut més contestacions en blanc han estat les de presència d'infecció per MTSS, realització de la prova de VIH i existència d'antecedents de tractament per trastorn mental, amb percentatges de respostes en blanc del 15%, 9% i 7% respectivament.

A la taula 1.2 es mostra que les variables que tenen una relació significativa amb el nombre de valors perduts per participant són: Addicció reconeguda –  $r = -0,177$ .  $P=0,018$  -, Consum de tabac (darrers 6 mesos) -  $r = -0,251$ .  $P=0,001$  -, realització de prova de detecció de MTSS –  $r = -0,477$ .  $P<0,001$  -, realització de prova de VIH –  $r = -0,193$ .  $P=0,011$  -, i realització de prova de VHC –  $r = -0,362$ .  $P<0,001$ .

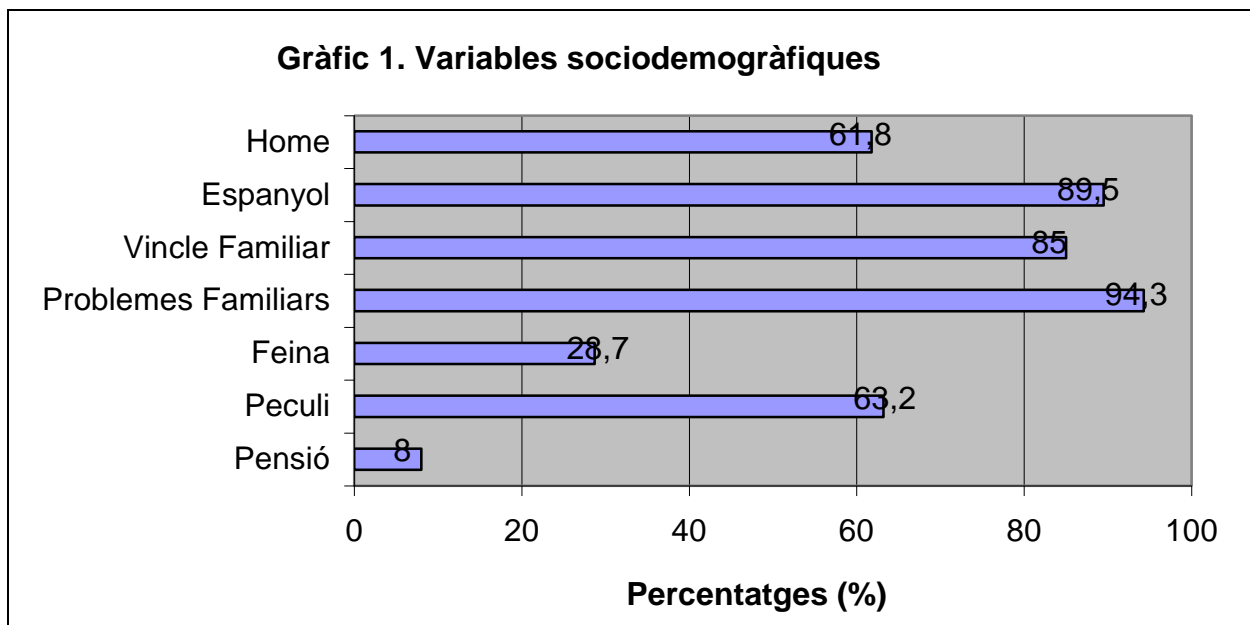
L'entrevista grupal amb els entrevistadors, detallada a l'apartat 1.3 de l'annex, confirma les resistències dels reclusos a parlar de determinats aspectes sobre els quals planeja l'ombra de la censura i la sanció social...L'ús d'iguals com entrevistadors d'accés privilegiat pot ser un bon recurs per atenuar aquesta tendència, sempre i quan es treballi específicament la desconfiança envers tot allò que comporti indagar en les seves circumstàncies personals.



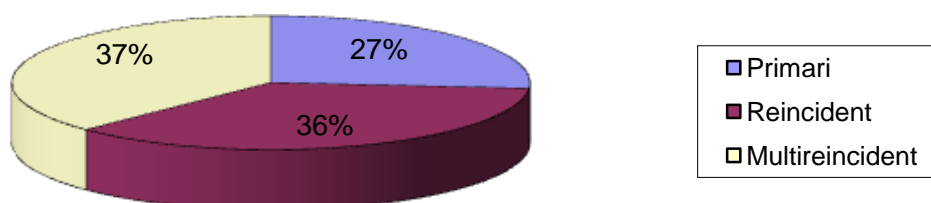
### \* Anàlisi Descriptiva

Com hem mencionat abans, aquest apartat recull les principals prevalences estimades de les diferents variables de consum de drogues, problemes amb aquestes i tractament dels mateixos, malalties infeccioses i pràctiques de risc pel seu contagi; així com d'altres variables relacionades amb totes les anteriors. Les gràfiques que hi apareixen resumeixen les principals dades de les taules de l'apartat 2 de l'annex d'anàlisis descriptives, per tal de facilitar l'exposició.

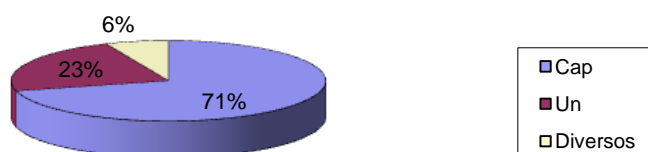
Així, quant a les variables sociodemogràfiques, l'edat mitjana dels participants és de 36,75 anys (amb una desviació Standard de 8,41 anys), la més gran part d'ells són homes (61,8% vs 38,2% de dones) i espanyols (89,5% vs 10,5% d'estrangers).[Taula 2.1; Gràfic 1]. A nivell socioeconòmic, el 85% dels participants conserven vincles familiars, el 28,7% es mantenen econòmicament fonamentalment del seu treball a presó, mentre a la resta de casos la font d'ingressos principal prové bé de l'ajuda exterior (63,2% de peculi) bé d'una pensió (8,0%).[Taula 2.2, Gràfic 1].



**Gràfic 2. Condemnes complertes**



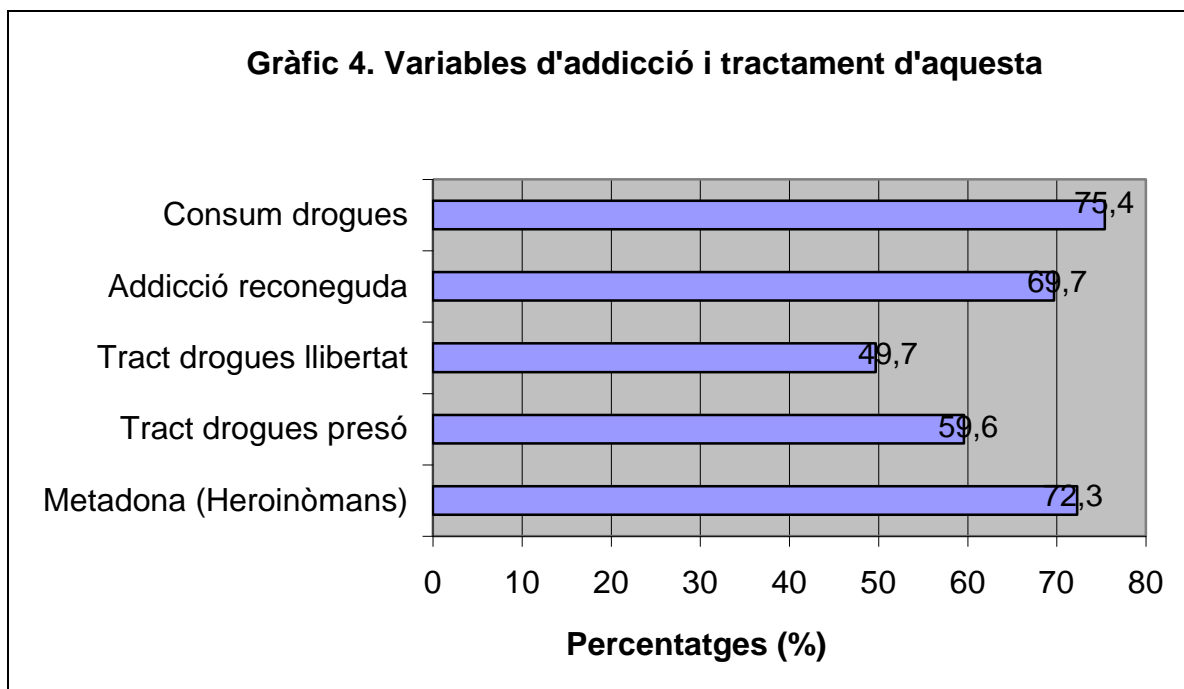
**Gràfic 3. Primers graus**



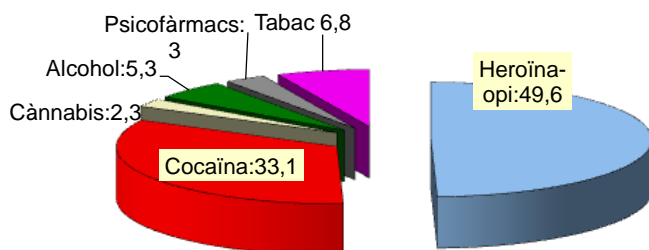
Les dades sobre la conducta delictiva i penitenciària dels responents mostren que el 26,4% d'aquests ingressa a presó per primera vegada (presos primaris), mentre la resta (70,6%) ho ha fet en més d'una ocasió. Entre aquests darrers un 36,2% és definit com a reincident i un 37,4% com a multireincident amb diversos ingressos a presó al llarg de la seva vida. En l'actual ingrés a presó, un 65,3% dels enquestats ha estat sancionat per transgredir la normativa del centre i 30,2% han comés actes d'indisciplina greu (mereixedors de sancions greus: primers graus). D'aquests, un

6,5% ho han fet diverses vegades constituint un grup de persones amb conducta involutiva persistent dins la presó. El nombre d'anys de condemna mitjà dels que contesten són 8,61 (desviació estàndard de 6,48), el d'anys complerts a la condemna actual es de 3,92 (d.s 3,54). [Taula 9.2.3 de l'Annex, pàg. 157].

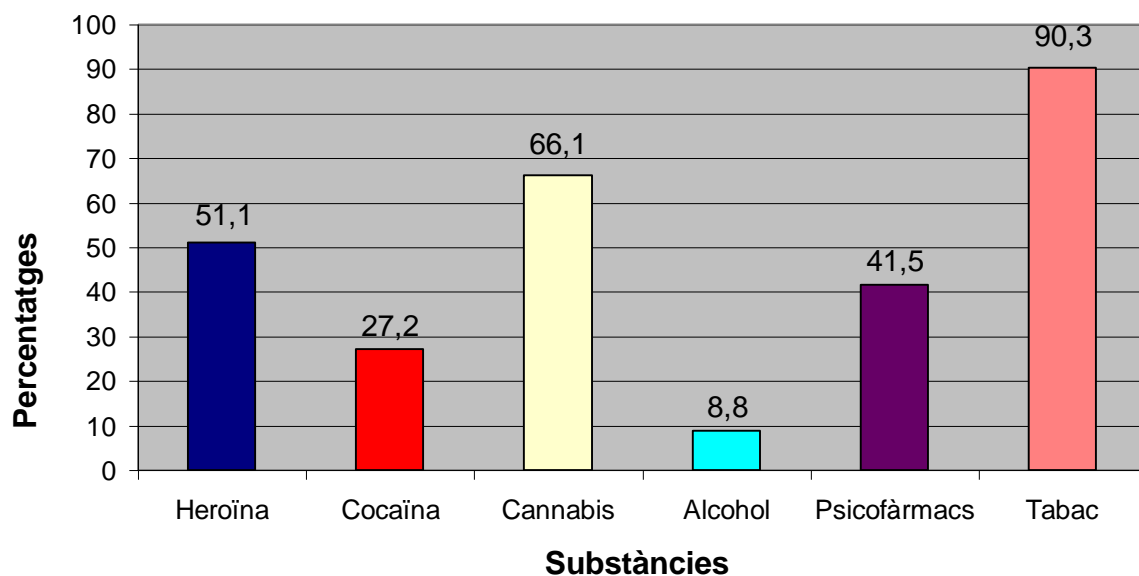
Pel que fa a les variables relacionades amb el consum de substàncies addictives a presó i tractament de la drogodependència dels internats, les dades ens indiquen que un 69,7% dels participants reconeixen tenir un problema de consum excessiu de substàncies psicoactives. Les substàncies referides com a problema principal per aquests han estat fonamentalment l'heroïna (49,6%) i la cocaïna (33,1%) i, amb menys representació, d'altres com l'alcohol (5,3%), el cànnabis (2,3%) i els psicofàrmacs (3,0%). Els darrers 6 mesos, un 75,4% dels responents afirmen haver consumit drogues, destacant el consum de cànnabis ( que han pres un 66,1% d'ells), el d'heroïna (51,1%), psicofàrmacs (41,5%) -un 39,3% d'ells sense recepta-, cocaïna (27,2%) i alcohol (8,8%). A nivell de tractament, un 59,6% han realitzat tractament a presó i entre els consumidors d'heroïna – tant en el passat com en els darrers 6 mesos - un 72,3% han estat en tractament amb metadona en algun moment de la seva vida.[Taula 2.4, Gràfics 4, 5 i 6].



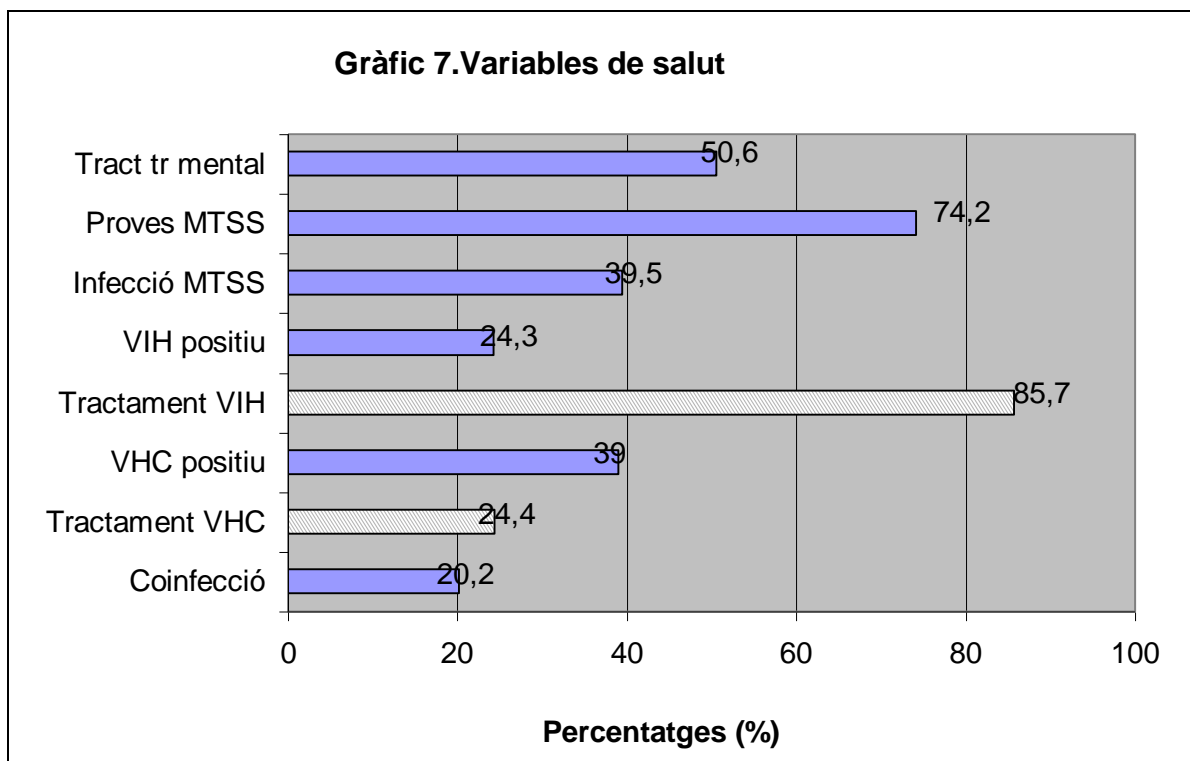
**Gràfic 5. Substància problema principal reconeguda (%)**

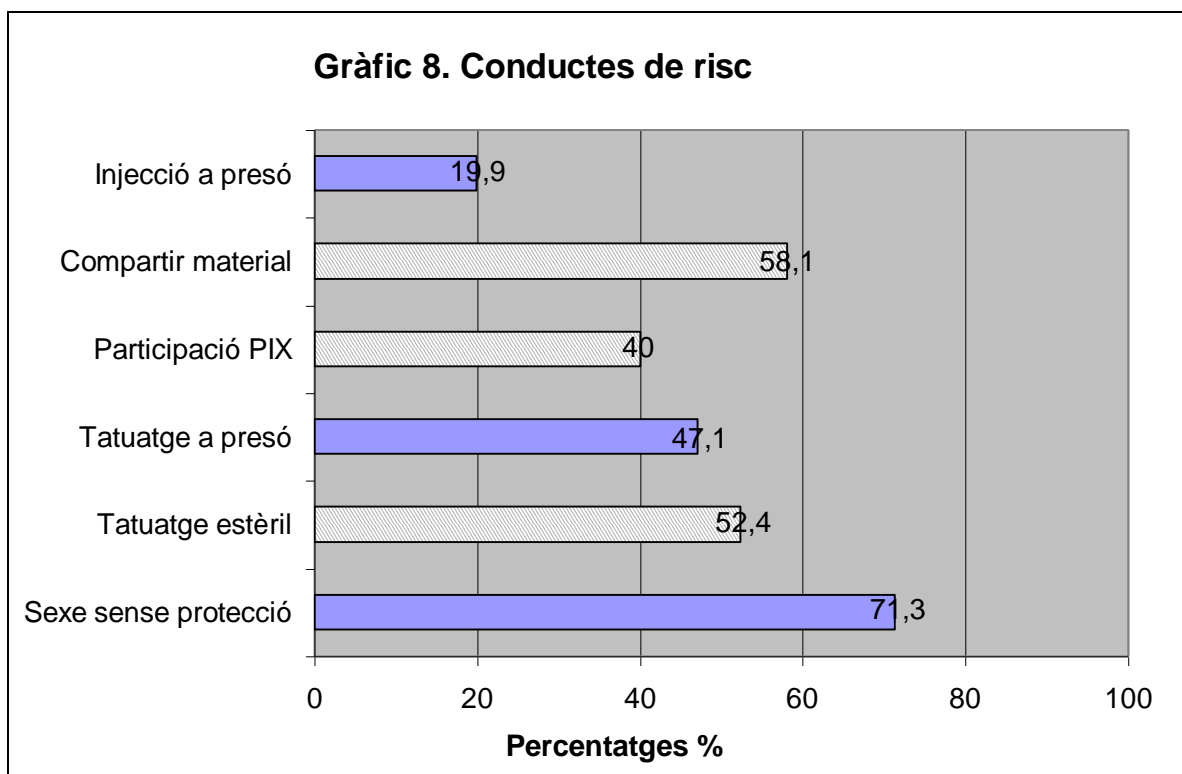


**Gràfic 6. Consum de substàncies addictives a presó (darrers 6 mesos)**



En referència a les variables de salut i conductes de risc de contagi de malalties infeccioses enregistrades, un 90,4% dels participants afirma haver realitzat les proves de detecció del virus VIH i un 75,3% les de VHC: amb un 74,2% resultant de subjectes que han realitzat les proves de detecció de totes dues malalties. El 39,5% dels participants reconeixen estar infectats per virus de MTSS estudiada: 39,0% de VHC, 24,3% de VIH i un 20,2% coinfectats d'ambdues. Quant a les conductes de risc per contagi de les malalties infeccioses estudiades, el 19,9% dels subjectes admet haver-se injectat droga els darrers 6 mesos - el 96,8% heroïna i el 56,7% cocaïna. Dels que s'han injectat droga, un 58,1% ha compartit el material de venopunció amb d'altres i només un 40% ha participat en el programa PIX del centre, havent un 60% d'injectors que no l'han fet servir. D'altra banda, un 47,1% dels responents confessa haver-se tatuat a presó i només un 52,4% d'aquests creu haver-ho fet en condicions estèrils, cosa que apunta a que un 47,6% no ho han fet en condicions apropiades. Respecte a les relacions sexuals, un 71,3% accepta haver tingut relacions sexuals sense protecció. [Taula 9.2.5; Gràfics 7 i 8. Tot especificant que a aquests darrers les variables reproduïdes en tons estampats es deriven dels principals índexs, que es troben representats per les barres llises immediatament superiors].





### \* Comparacions Bivariants

Aquesta secció incorpora les anàlisis univariants dutes a terme per tal d'investigar la relació existent entre les variables objectiu fonamental de l'estudi, que es tracten com a variables de resultat - les relacionades amb les característiques de la conducta de consum de substàncies addictives, les relatives a l'estat de salut i les conductes de risc per la salut dels subjectes enquestats -, i altres factors potencialment associats, que han actuat com a variables d'efecte.

Aquestes anàlisis han estat realitzades amb comparacions de mitjanes (mitjançant t de student) i anàlisis de variància (en cas de variables d'efecte amb més de dues categories) quan les variables de resultat han estat quantitatives. Amb variables resultat categòriques hem aplicat chi-quadrat ( $\chi^2$ ) i, quan no s'han complert les condicions d'aplicació d'aquesta darrera prova, hem fet servir la prova exacta de Fisher.

Els resultats complets s'han buidat de l'annex. Nosaltres en farem una síntesis dels aspectes més rellevants, anant variable per variable.

## **Factors relacionats amb les principals variables de drogodependència i de tractament de la mateixa**

### **a) Consum de Drogues (darrers 6 mesos):**

Les principals variables que han mostrat vincular-se significativament amb el consum de drogues els darrers 6 mesos (detallades a la taula 3.1.1) són ésser espanyol en comptes d'estranger, tenir com a font d'ingressos principal a presó la feina en lloc d' una pensió. Haver rebut tractament de drogues a la presó, ésser reincident o multi reincident en lloc de pres primari, haver estat sancionat, i protagonitzat accions delictives greus dins el centre mereixedores de primers graus.

### **b) Sobredosi:**

Com es pot comprovar a la taula 3.1.2, les variables significativament relacionades amb el reconeixement d'antecedents de sobredosi a la història de la persona al nostre estudi són: ésser espanyol, haver pres drogues els darrers 6 mesos, rebut tractament de drogues tant en llibertat com a presó, confessat antecedents de tractament per trastorn mental i tenir menys vinculació familiar (en aquest cas amb una tendència a la significació).

### **c) Tractament de drogues a presó:**

La taula 3.1.3 mostra com rebre tractament de drogues a presó en els enquestats s'associa significativament amb ésser espanyol, tenir una addicció reconeguda, estar en tractament amb metadona, donar més importància al tractament dels problemes de salut darrerament, reconèixer haver estat en tractament per trastorn mental al llarg de la vida i haver estat menys sancionat per actes delictius greus dins el centre – primers graus.

### **d) Tractament amb metadona:**

La taula 3.1.4 exposa com haver estat en tractament en metadona es vincula significativament al reconeixement d'un problema addictiu, a tenir com a substància principal l'heroïna i la cocaïna en comparació amb d'altres i haver consumit drogues abans de començar a delinquir; a haver rebut tractament de

drogues tant en llibertat com a presó, haver tingut sobredosi i donar importància al tractament dels problemes de salut; així com haver estat condemnat diverses vegades en comparació a ser pres primari i tenir com a font d'ingressos principals a presó la feina en contraposició al peculi.

## **Factors relacionats amb les principals variables de salut i conductes de risc**

### **a) Importància del tractament dels problemes de salut:**

Les dades de la taula 3.2.1 ens indiquen que aquesta variable es relaciona amb ser dona en comptes de home, ser espanyol, participar en programa PIX, tenir menys relacions sexuals sense protecció, haver rebut tractament de drogues tant en llibertat com a presó així com tractament de metadona i mantenir-se econòmicament a presó amb ajuda externa i no amb treball. Un factor important a tenir en compte és que la educació en RD no ha mostrat relació significativa amb la importància donada al tractament dels problemes de salut de la persona.

### **b) Realització de proves de detecció de MTSS**

La taula 3.2.2 detalla que les variables més significativament relacionades amb la realització de les proves de MTSS estudiades són tenir un nivell més alt de preocupació pels problemes de salut i donar una més gran importància al tractament d'aquests problemes, haver rebut tractament de drogues en llibertat i també a presó, ésser multireincident i tenir antecedents de tractament per trastorn mental.

### **c) Infectat per virus de MTSS**

La taula 3.2.3 revela com a variables més rellevants de les associades significativament amb la presència d'infecció per virus de MTSS: tenir més edat, consumir drogues a presó, tenir una addicció reconeguda (amb una relació pràcticament significativa) i haver rebut tractament per drogues tant en llibertat com a presó així com de metadona. Aquesta variable de resultat també es relaciona amb haver-se tatuat, injectat els darrers 6 mesos i



compartir material de venopunció a presó, així com amb ser un pres multireincident en comparació a primari i amb tenir menys vincles familiars. Un aspecte important a ressaltar és que tenir una MTSS no és relacioni significativament ni amb les preocupacions per la salut ni amb la importància atribuïda als problemes de salut per la persona.

**d) Coinfecció:**

La taula 3.2.4 especifica en detall les dades aquí resumides respecte a les variables significativament lligades estar coinfectat per malaltia infecciosa estudiada. Així, els subjectes que admeten estar infectats de VHC i VIH atribueixen més importància al tractament dels problemes de salut recentment, s'han tatuat més a presó, han estat més en tractament de drogues tant en llibertat com a presó i en metadona, tenen menys vinculació familiar i nivells més alts de dependència econòmica durant la reclusió (peculi i pensió en comptes de feina).

**e) Injecció a presó els darrers 6 mesos:**

La taula 3.2.5 compila els factors que es troben significativament relacionats amb la presència d'aquesta conducta. Destacaríem que els consumidors de substàncies per via injectada a presó els darrers 6 mesos són més grans i tenen una proporció superior d'infecció per virus de MTSS, específicament de VHC. Aquests subjectes han seguit més tractament de drogues en llibertat, a presó i de metadona. A nivell de conducta delictiva i penitenciària han estat condemnats a més anys de reclusió (en una proporció quasi significativa) i mantenen una conducta transgressora de la norma greu i persistent a presó (diverses sancions greus). A més les persones de la nostra mostra que s'injecten són més dependents en els mitjans pels quals obtenen prioritàriament els seus ingressos econòmics mentre hi són ingressats (més de pensió i peculi que no pas amb la seva feina).

**f) Participació en el Programa d'Intercanvi de Xeringues**

La taula 3.2.6 enumera aquelles característiques que es troben vinculades a que una persona que s'ha injectat a presó els darrers 6 mesos hagi participat

en el programa PIX del centre. Així, les dones que s'injecten participen més al PIX, també les persones amb virus de MTSS, especialment VHC, i aquells que donen més importància al seu tractament de problemes de salut. A nivell de patrons de consum, els que refereixen la cocaïna com a substància problema principal fan servir més el PIX que els que declaren que és la heroïna. També és remarcable que els consumidors injectats que han rebut un tractament de tipus sanitari fan servir més el programa (amb tendència a la significació estadística).

**g) Compartir material de venopunció:**

La taula 3.2.7 recull les variables lligades significativament a la conducta de compartir el material de venopunció a presó. Així, val la pena emfatitzar que entre els injectors de drogues a presó els darrers 6 mesos, els que comparteixen material tenen nivells superiors de infecció per MTSS estudiada, s'han tatuat més i ho han fet amb menys condicions d'higiene, i participen menys en el programa PIX. Respecte a la seva conducta penitenciària, els que han estat implicats múltiples vegades en violacions greus de la norma sancionades (primers graus) comparteixen més que els que ho han estat només una vegada.

**h) Tatuatge a presó:**

La taula 3.2.8 reuneix els diferents factors associats amb tatuar-se a presó. Així, aquesta conducta és més comuna entre persones contagiades amb virus de MTSS estudiada: tant VIH com VHC, entre aquells que comparteixen xeringues i els que afirmen tatuar-se de manera estèril. A nivell de drogues els subjectes que han estat en tractament amb metadona en alguna ocasió es tatuen més. Respecte a la conducta delictiva i penitenciària dels participants es tatuen més aquells que han estat condemnats a més anys i que han complert més anys de condemna actual; es tatuen més els presos primaris que els multireincidentes i els que tenen sancions per transgressions greus de la norma penitenciària (primers graus); i, a nivell socioeconòmic, els que manifesten dependència econòmica per la seva subsistència al llarg de l'ingrés (pensió i peculi en lloc de feina).

### **i) Tatuatge estèril:**

Tal i com s'indica a la taula 3.2.9 les variables associades a tatuatge estèril a presó són pràcticament les mateixes associades a la conducta de tatuar-se durant l'internament.

### **j) Relacions sexuals sense protecció:**

Tal i com reflexa la taula 3.2.10 l'única variable significativament relacionada amb tenir relacions sexuals sense protecció és la menor importància concedida al tractament dels problemes de salut.

### **\* Anàlisi Multivariant**

En aquestes anàlisis hem volgut estudiar, amb tècniques multivariants de regressió, l'associació entre els valors obtinguts pels participants a les principals variables de resultat estudiades i els més rellevants factors relacionats, considerats conjuntament en models predictius.

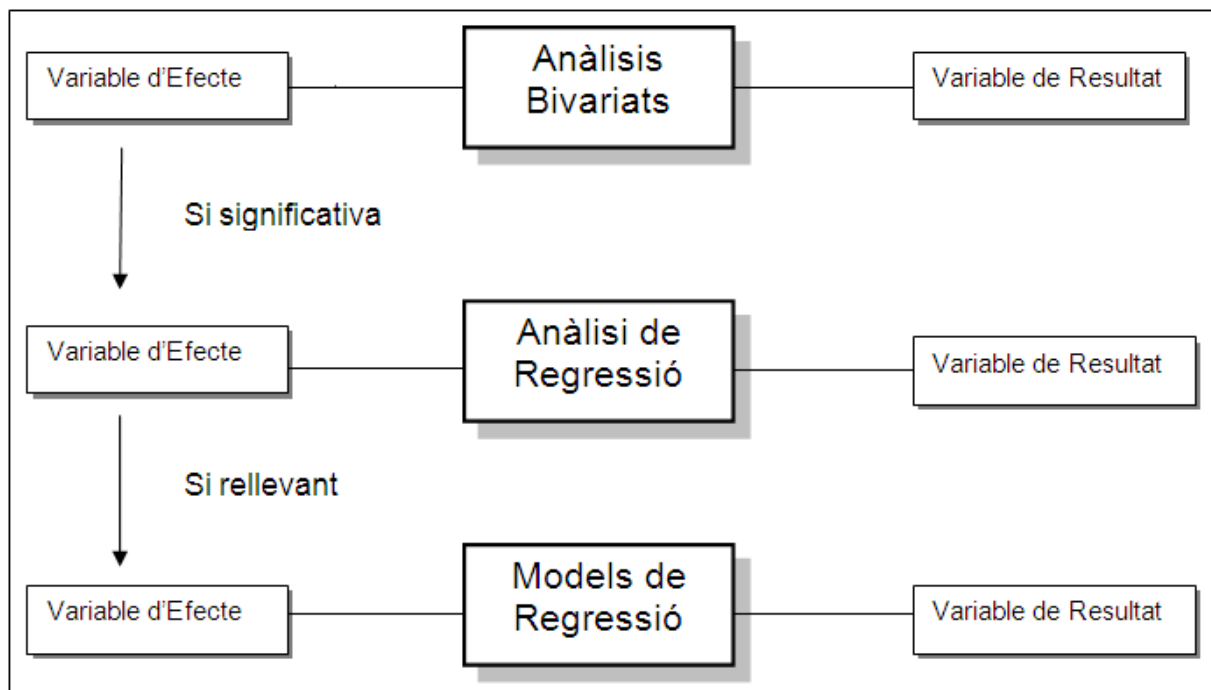
Els resultats complets de les proves són a l'apartat 4 de l'annex (Models predictius-multivariants). Ens indiquen, per a cadascuna de les variables de resultat analitzades, quins són els factors amb més poder explicatiu, que corresponen a aquells que mantenen una relació significativa amb la variable de resultat estudiada una vegada tenim en compte els efectes dels restants predictors.

Per extreure'n aquests factors predictius més destacats hem calculat 9 models de regressió específics: tants com variables de resultat analitzem en aquest capítol. Com aquestes variables són totes dicotòmiques les anàlisis ha estat fetes amb regressió logística, i amb el mètode de pas a pas cap endavant ('forward stepwise'). Abans de calcular els models hem realitzat anàlisis de regressió logística previs per cadascuna de les variables de resultat estudiades. A aquestes anàlisis hem considerat les variables de resultat específiques estudiades, i com variables d'efecte totes les que han mostrat una relació significativa amb la de resultat als anàlisis bivariants resumits a l'apartat anterior de comparacions bivariades ( $P < 0,05$ ). De les anàlisis de regressió prèvies esmentades hem conservat, per introduir als models de regressió, aquelles que mantenen una relació rellevant amb la de resultat ( $P < 0,10$ ). Per tal de prevenir que surtin models colineals quan dues o més variables, de les

que mostraven una relació significativa amb la de resultat en el primer anàlisi de regressió, correlacionaven excessivament entre elles – com és el cas de les de tractament de drogues –; hem escollit la més significativa de totes per introduir-la en el model predictiu específic i així permetre que relacions importants que haurien quedat enmascarades d’haver tingut en compte totes les variables amb relació significativa correlacionades, apareguin al model .

Per calcular el nivell d’ajust dels models estimats hem fet servir el test de Hosmer i Lemeshow, tal i com es recull a les taules de l’annex. En aquest, una probabilitat superior a 0,10 revela un nivell d’adequació acceptable. La figura 4 esquematitza el procés seguit per calcular aquests models:

**Figura 4: Esquema de les anàlisis de regressió dutes a terme**



En el cas del **consum de drogues il·legals** els darrers 6 mesos, les principals variables predictives han estat la substància problema principal (heroïna vs altres) [OR=6,858(CI:1,445-32,557) i el nombre de condemnes complertes: multireincident vs primari [OR=9,027(CI:1,777-45,487); P=0,008], totes dues factors de risc; així com l’edat [OR=0,931 (IC:0,867-0,999); P=0,005], que ha actuat com factor protector.

En la **sobredosi**, els principals factors predictius son haver fet tractament de drogues a presó [OR=7,510(CI:2,902-19,436); P<0,01] que actuaria com a variable de risc, i l'existència de vincle familiar [OR=0,245(0,068-0,888); P=0,032] que constitueix un factor protector.

Com predictors del **tractament de drogues a presó** destaquen el lloc de naixement (Espanya vs estranger) [OR=0,144(CI:0,040-0,516); P=0,003] que seria protector, i dos característiques que hi incrementarien la probabilitat : la presència d'addicció reconeguda [OR=4,880(2,166-10,995); P<0,001] i la d'antecedents de tractament per trastorn mental [OR=2,365(1,099-5,092); P=0,028].

A l'hora de pronosticar la realització de **proves pel diagnòstic de MTSS** estudiades sobresurten dos factors facilitadors : haver seguit tractament de drogues en llibertat [OR=2,729(CI:1,157-6,437); P=0,022] i importància atribuïda al tractament dels problemes de salut [OR=2,506(CI:1,093- 5,747); P= 0,030]; així com un de detractor: les condemnes complertes [OR=0,323(0,109-0,951); p=0,040].

En explicar la **importància atribuïda al tractament dels problemes de salut** tenim dos factors que actuen com minimitzadors: el lloc de naixement, doncs els estrangers es preocupen menys [OR=0,278(CI:0,088-0,878); P=0,029], i el sexe, ja que les dones mostren més interès pel tractament que els homes [OR=0,231(CI:0,109-0,490); p<0,001].

L'existència de **infecció per MTSS** estudiada té com a principals predictors dos factors de risc: injecció a presó [OR=4,331(CI:1,386-13,538); P=0,012] i el seguiment de tractament de drogues en llibertat [OR=3,050(CI:1,235-7,531); p= 0,016]; i un de protector: l'existència de vincle familiar [OR=0,143(0,034-0,604); p=0,008].

Els factors amb més poder pronòstic de la conducta d' **injecció a presó** els darrers 6 mesos són l'existència de primers graus (diversos respecte a cap) [OR=17,187(CI:1,592-185,539); p=0,019], el temps total de condemna en anys [OR=1,092 (CI:0,997-1,197); p=0,059] i haver fet tractament amb metadona [OR=5,503(CI:1,311-23,096); p=0,020], tots ells de risc.

Les variables predictives de la conducta de **tatuar-se a presó** en la mostra estudiada són: l'existència de transgressions greus de la norma sancionades (primers graus) [OR=4,802(CI:2,013-11,455); p<0,001] i d'infecció per virus de MTSS estudiada [OR=2,444(CI:1,109-5,386): p=0,027], tots dos factors protectors. La font d'ingressos a presó: treball vs pensió [OR=0,119(CI:0,019-0,730); p=0,021] i peculi vs pensió [OR=0,225(CI:0,041-1,232); p=0,085] té valor protector.

Finalment, la importància que per la persona té el tractament dels problemes recents de salut mostra valor protector respecte a tenir **relacions sexuals sense protecció** [OR=0,419(CI:0,20-0,878); p=0,021].

#### **4.1.5. Síntesi dels resultats quantitius**

Per tal de facilitar la claredat expositiva hem volgut ordenar aquestes observacions en funció dels objectius operatius definits per l'estudi. Hem desenvolupat 3 apartats – tants com objectius abordats -, deixant el quart objectiu, final i concloent del nostre treball, per ser àmpliament desenvolupat en les conclusions finals integradores de les dades quantitatives i qualitatives obtingudes.

Així, els resultats obtinguts de les respostes a les enquestes ens porten a afirmar el següent:

##### **a) Respecte a les característiques del qüestionari i del mètode d'obtenir els resultats**

L' anàlisi dels valors perduts revela que algunes preguntes han funcionat pitjor del que esperàvem, donat l'alt nombre de respostes en blanc que han rebut. Concretament les preguntes referents a les característiques dels problemes de salut mental experimentats, a la via de consum - doncs, generalment, s'alternaven varies - i a la substància principal - molts subjectes combinaven unes quantes i no eren capaços de destacar-ne una per sobre les altres.

La major part de preguntes han estat contestades amb un nombre relativament baix de valors perduts, cosa que permet afirmar que han funcionat satisfactòriament bé. Els ítems on les persones han mostrat més reticències per respondre són els que tenen a veure amb la salut tant física com mental.

Les variables que han mostrat més relació amb el nombre de valors perduts indiquen que aquelles persones que més consciència tenen dels seus problemes de salut, i especialment de drogues, han estat els més francs a l'hora de contestar a les preguntes de l'enquesta.

**b) Respecte a les característiques del consum de substàncies, les malalties infectocontagioses estudiades i les conductes de risc de contagi d'aquestes:**

En relació a les **variables sociodemogràfiques** cal destacar que tenim una mostra amb més dones, menys estrangers, més presos reincidents i amb més anys complerts a les diferents condemnes que la població penitenciària espanyola de referència (OED, 2007 y 2012).

Les dades del **consum de substàncies psicoactives** revelen que hi ha un nombre molt elevat de fumadors de tabac els darrers 6 mesos a presó, més que la població general (OED, 2013). Es confirmen les conclusions dels estudis que parlen d'un consum incrementat de tabac en persones institucionalitzades (OED, 2007). En qualsevol cas són dades molt elevades tenint en compte l'impacte del tabac sobre la salut.

Un alt nombre dels responents reconeixen tenir un problema de drogues, en coherència amb les dades de prevalença de trastorns mentals a població penitenciària (Vicens et al. 2011). Les substàncies psicoactives (tabac exclòs) que ressalten com a problema principal els participants són per aquest ordre l'heroïna, la cocaïna, l'alcohol, el cànnabis i els psicofàrmacs. En comparació amb les dades de la població general així com d'altres grups de persones privades de llibertat, els participants de l'estudi refereixen tenir més problemes d'ús d'heroïna, cocaïna... Intuïm una certa minimització dels trastorns amb les darreres tres substàncies, dissimulades darrera els problemes més manifestos de les dues primeres, més estigmatitzades socialment".

Els darrers 6 mesos a presó una majoria dels subjectes afirmen haver consumit alguna droga (tabac exclòs): essent les més consumides el cànnabis, l'heroïna, els psicofàrmacs, la cocaïna i l'alcohol. Aquest perfil de substàncies de consum prevalent coincideix bastant – encara que en

proporcions superiors - amb el descrit a les dues edicions de l'enquesta ESDIP (OED, 2007 y 2012) com a típic de la presó. Això és indicatiu d'una prevalença d'ús de substàncies psicoactives a la mostra estudiada inferior a la de la comunitat, però superior a la trobada en altres enquestes fetes amb població penitenciària i per tant remarcable.

En referència a les variables de **tractament de problemes de drogues**, aproximadament la meitat dels participants han rebut tractament de drogues a presó i entre els que ha tingut contacte amb l'heroïna una àmplia majoria han estat en tractament amb metadona en algun moment de la seva vida.

Respecte a les **variables relacionades amb la salut i les conductes de risc** de contagi MTSS destaquem, en primer lloc, que hi ha persones que encara no han realitzat les proves de VIH o de VHC. Aquesta dada correspon amb el que s'afirma en la literatura sobre l'existència de borses de persones que desconeixen el seu estat respecte a aquestes malalties infectocontagioses (Fazel i Baillargeon, 2011). Els nivells de infectats de VIH i VHC trobats són molt alts: superiors als informats pels estudis epidemiològics fets amb població penitenciària espanyola estatal (Saiz de la Hoya, 2011; Marco et al., 2012).

Quant a les conductes de risc per la salut relacionades amb el consum de drogues dels usuaris participants en l'estudi, tenim percentatges alts – compatibles amb algunes dades de la literatura internacional (Jürgens et al., 2009; Dummont et al., 2012) - de consum injectat a presó i de compartició del material de venopunció, cosa que preocupa. Una altra dada alarmant és que dels subjectes que s'han injectat drogues els darrers 6 mesos, menys de la meitat participa al programa PIX.

Entre les conductes de risc no relacionades amb el consum de drogues avaluades destaquen el tatuatge i les relacions sexuals sense protecció. Respecte al primer, pràcticament la meitat de persones entrevistades s'han tatuat a presó i d'aquests només la meitat creu haver-ho fet en condicions higièniques. Quant a les conductes sexuals de risc una àmplia majoria dels



participants en té. Això alerta de l'existència de pràctiques de risc no relacionades amb el consum de substàncies també a presó.

En conjunt, les dades descriptives de les variables sociodemogràfiques, de consum de drogues a presó i patró de substàncies problemes prevalents, així com de problemes de salut i conductes de risc entre internats descrites a la nostra investigació; suggereixen nivells superiors de disfuncionalitat entre els interns reclutats i estudiats al nostre treball, els quals reconeixen tenir més problemes delictius, gravetat de consum, malalties infectocontagioses i conductes de risc que la població espanyola, tant general com penitenciària, estudiada fins ara (OED, 2007, 2012, 2013).

**c) Variables correlacionades amb els problemes de drogues, de salut i conductes de risc avaluades:**

Aquí detallem els factors predictors més potents - doncs es mantenen una vegada controlada la influència de la resta d'associacions - de les variables objectiu estudiades al nostre treball.

La talula 1 sintetitza les principals relacions establertes al capítol 4 de l'annex: models predictius-multivariants, per facilitar-nos la comprensió.

**Taula 1. Resum dels principals predictors (Models de regressió)**

Variable Resultat	Variable d'efecte	Tipus de relació	P
Consum Drogues ( darrers 6 mesos)	Condemnes complertes (Multireincid-primari)	RISC	0,008
Sobredosi	Tract drogues presó	RISC	0,000
	Vincle familiar	PROTECTORA	0,032

Injecció a presó	Primers graus (Diversos-cap)	RISC	0,019
	Temps condemna anys	RISC	0,059
	Tractament metadona	RISC	0,020
Tatuatge a presó	Primers graus	RISC	<0,001
Sexe sense protecció	Importància tract salut	PROTECTORA	0,021
Proves MTSS	Condemnes complertes (Multireincid-primari)	PROTECTORA	0,040
	Tract drogues llibertat	PROTECTORA	0,022
	Importància tract salut	RISC	0,030
Infecció MTSS	Injecció a presó	RISC	0,012
	Tract drogues llibertat	RISC	0,016
	Víncle familiar	PROTECTORA	0,008

\*Tract drogues presó: Haver rebut tractament per problemes de drogues a presó

\*Tract drogues llibertat: Haver rebut tractament per problemes de drogues al carrer

\*Importància tract salut: Importància atribuïda al tractament de problemes de salut

\*P: Probabilitat, significativa si <0,05.

A aquesta podem apreciar el següent:

Les anàlisis bivariants i multivariants relacionen les variables de tractament de drogues amb diversos riscos per la salut com el perill de sobredosi, d'injecció a presó i d'infecció per MTSS estudiada. Aquests resultats semblen contraintuïtius, suscitant dubtes sobre si les variables de tractament de drogodependències aplicades al nostre estudi estan mesurant realment el que deuen. Que un dels principals

predictors de rebre atenció per problemes de drogodependència a presó sigui l'addicció principal reafirma la validesa de les variables en qüestió. Tenint en compte l'anterior, que les variables de tractament de drogues es vinculin amb problemes de drogues vindria a constatar que la realització de teràpia per si sola no s'associa a millores en els problemes de drogues i la salut de les persones. Per ser eficaços els diversos tractaments han de complir una sèrie de condicions que indefectiblement desemboquen en l'ajust a les necessitats de la persona tractada. Quan aquests aspectes no es tenen en compte, el tractament actua més aviat com un marcador de gravetat de l'addicció, doncs les persones que reben atenció per consum de substàncies psicoactives molt sovint són els que tenen més problemes d'ajust al seu entorn a causa d'aquella conducta problema (Goffman, 1994). El fet que la variable antecedents de trastorn mental es manifesti com a predictor del tractament de drogodependències a presó recolzaria aquesta interpretació de les variables de tractament de la drogodependència com a indicadors de gravetat de l'addicció.

El principal factor de risc de consum de substàncies il·legals a presó és la multireincidència penitenciària. En consonància amb això, els riscos d'injectar-se o tatuar-se a presó els darrers 6 mesos són més grans entre les persones que tenen més conducta delictiva registrada i pitjor evolució penitenciària.

Les dades conjuntes que associen les variables de tractament de la drogodependència, com indicatives de gravetat de l'addicció, i les de conducta delictiva tant amb conductes de risc per la salut com de prevalença de malalties infectocontagioses al nostre estudi confirmen, en la nostra mostra, els resultats de la literatura que parlen de l'existència d'una tipologia d'addictes més cronificats (Tipus B: veure punt Drogues i presó a l'apartat de Dades epidemiològiques del Marc conceptual), que tenen més problemes de salut física i mental així com de disfunció social i conducta delictiva persistent. Aquests serien responsables de la major part de criminalitat comunament atribuïda al conjunt de consumidors de substàncies psicoactives (Piquero et al., 2007 citat a Dummont et al. 2012; Babor et al., 1993 i Clonninger et al., 1989 citats en Muñoz García et al., 2006; Silva et al., 2006; Rhodes et al., 2008).

El risc de MTSS a la mostra estudiada s'incrementa en les persones que tenen consum injectat a presó, en correspondència amb el que revela la literatura científica

internacional que considera el consum injectat no estèril com el principal factor de risc de contagi d'aquestes malalties (Jürgens et al., 2009; Dummont et al., 2012).

La importància atribuïda al tractament dels problemes de salut prediu la realització de proves de detecció de MTSS i actúa també com a factor protector de relacions sexuals sense prevenció, indicant que aquesta variable podria estar mesurant la motivació al canvi de la persona o millor dit el compromís amb el canvi d'aquesta. Això confirma subsidiàriament la importància del treball en educació i conscienciació respecte als riscos per la salut i la cura de la mateixa amb els interns. A més, el fet que en l' estudi la formació en reducció de danys no tingui relació alguna amb els indicadors de salut estudiats, suggereix que la promoció efectiva de canvis en les conductes de risc de contagi de MTSS requereix un abordatge que vagi més enllà de la transmissió d'informació, encarant les actituds davant el risc i els estils vitals de les persones.

A nivell relacional: L'existència de vincle familiar actua com a variable protectora respecte al risc de tenir una sobredosi així com de la presència d'una MTSS estudiada. Això ens suggereix un component parasuïcida en aquestes disfuncions (Castilla del Pino, 2002) i confirma l'important paper que té la xarxa social de recolzament en el benestar psicològic (Rojas Marcos, 2010) així com a variable protectora davant el suïcidi (Suelves i Robert, 2012) i la prisionització (García Borés, 2003).

La taula 2 ens mostra que un aspecte rellevant relatiu a les diferències de gènere en les conductes de risc és el fet que les dones manifesten nivells més elevats tant de preocupació pels seus problemes de salut recents com d'importància del tractament d'aquests, cosa que indicaria que aquestes tenen una conscienciació més gran pels problemes de salut. Això explicaria que en l'àmbit del consum de drogues utilitzin més el programa PIX malgrat tenir el mateix nivell de consum per via injectada que els homes. En les conductes sexuals de risc aquesta major preocupació per la salut de les dones no té expressió conductual, doncs s'hi impliquen al mateix nivell que els homes. Això podria estar reflectint que moltes dones, malgrat tenir conscienciació respecte als seus problemes de salut, acabin prenent riscos similars als homes en la seva conducta sexual degut al poder exercit per aquests en la relació de parella.

**Taula 2. Resum de les principals diferències de gènere**

VARIABLES	SEXE		P
	Home	Dona	
<b>Consum drogues (darrers 6 mesos)</b>	80,7%	71,2%	0,146
<b>Injecció</b>	19,8%	17,6%	0,722
<b>Importància tractament problemes salut</b>	51,4%	78,8%	0,000
<b>PIX</b>	21,1%	72,7%	0,005
<b>Sexe sense protecció</b>	75,5%	64,7%	0,123

\*Injecció: Consum injectat de drogues a presó els darrers 6 mesos

\*P: Nivell de Probabilitat (Prova  $\chi^2$ ), significativa si  $<0,05$ .

## **4.2. Part qualitativa**

### **4.2.1. Metodologia**

#### **a.Tècnica de recollida d'informació: grups de discussió**

El grup de discussió és una tècnica per aconseguir informació de manera flexible, oberta i no directiva mitjançant l'activació del diàleg dels seus participants (Callejo, 2001). Amb aquesta tècnica es pretén conèixer els punts de vista de les persones cap al fenomen plantejat. En ella el dinamitzador produirà el consens del discurs grupal i, a partir de la reconstrucció i repetició dels diàlegs, es crearà un sistema de referències entre els participants (Gutiérrez Brito, 2008). Aquest mètode ens ha permès conèixer les postures preses per les persones privades de llibertat cap als riscos construïts entorn a determinades pràctiques relacionades amb el consum de drogues, el sexe, el tatuatge i l'autocura. A més, hem recollit informació de com aquestes pràctiques poden estar influenciades pel context penitenciari. D'aquesta manera, hem pogut valorar la situació i l'organització a nivell de salut pública d'aquest context, desvetllant punts clau per millorar la promoció de la salut i el benestar social de les persones privades de llibertat.

#### **Objectiu principal**

Conèixer les argumentacions grupals i personals de les persones privades de llibertat relacionades amb el consum de drogues, les pràctiques sexuals, el tatuatge i

l'autocura; identificar les mesures de protecció que utilitzen per a cadascuna d'elles d'acord amb la construcció del risc que en fan de les mateixes.

### **Objectius Específics**

- Conèixer els posicionaments de les persones privades de llibertat cap al risc: drogues, sexe, tatuatges i autocura.
- Aprofundir en els factors contextuals que influeixen, en el marc de la privació de llibertat, en el consum de drogues i la resta de pràctiques de risc.
- Analitzar els mecanismes que utilitzen els participants per protegir-se dels riscos i danys del consum de drogues i la resta de conductes associades.
- Fer visibles els arguments dels participants en la decisió de consumir o mantenir-se abstinent davant l'ús de drogues.
- Identificar quines drogues es consumeixen, quan i de quina manera dins el context penitenciari.
- Conèixer quina valoració fan els participants del PMM i de l'ús de psicofàrmacs.
- Conèixer quina valoració en fan del PIX
- Identificar de quina manera es duen a terme les pràctiques sexuals i quins mètodes de protecció s'utilitzen.
- Revelar els mètodes del tatuatge i els mitjans de protecció utilitzats.
- Conèixer la percepció d' autocura que en tenen i els mecanismes que posen en marxa per dur a terme hàbits saludables.
- Elaborar una aproximació de l'ús que en fan de l'assistència socio sanitària del centre penitenciari.
- Identificar i valorar els canals d'informació sobre drogues de la institució penitenciària.

- Analitzar la valoració que en fan sobre les intervencions de drogodependències de la presó.
- Apropiar-nos al significat de la figura de l'AS en el entorn penitenciari.
- Estudiar el procés d'empresonament.
- Aproximar-nos a la relació existent entre gènere, riscos i drogues

Tots aquests aspectes a dalt recollits es desprenen dels objectius concrets 2 i 3 de la recerca referits al capítol 3 dels "Objectius i pla de treball de la recerca.

### **b. Mostreig dels grup de discussió**

S'ha considerat necessari fer ús de la metodologia qualitativa de GD per complementar i enriquir les aportacions quantificades de l'enquesta.

El perfil dels participants en els diferents grups de discussió respon a un seguit de criteris establerts en base a l'anàlisi de les enquestes.

Els grup de discussió 1 i 2 (GD1 i GD2) responen a les inquietuds sorgides en el procés d'anàlisi de les enquestes, és a dir, l'objectiu d'ambdós és donar una explicació dels perquè dels resultats obtinguts a les enquestes, des del discurs subjectiu dels participants, doncs les narratives individuals contextualitzen i sumen significants i per tant valor a la dada extreta del procés quantitatiu. Per tal de poder desenvolupar aquest objectiu hem contactat amb les persones formades com AS, responsables de la recerca dels informants i de passar el qüestionari. El coneixement personal que tenen de l'enquesta ens permet confrontar l'anàlisi de les dades amb el seu saber subjectiu, com a mediadors i com a éssers privats de llibertat. El nombre total d'AS disponible en el moment de realitzar els grups va ser d' uns 15, així que es va dividir el grup de entrevistadors en dos, tenint en compte la proporcionalitat entre homes i dones enquestades. Així doncs en el GD1 han participat 4 homes i 2 dones, i en el segon GD un total de 8 persones: 6 homes i 2 dones. Cal evidenciar que en cadascuna de les sessions han estat presents dos dinamitzadors i dos observadors.

Per tal d'assolir un grau òptim d'anàlisi discursiu sobre els temes proposats en els objectius de l'estudi s'ha cregut convenient contrastar les opinions dels participants d'ambdós grups anteriors (GD1 i GD2), persones formades com AS, amb un perfil aliè al coneixement formal sobre hàbits saludables, és a dir població oculta. Per tal de poder captar aquesta nova tipologia de participants s'ha sol·licitat als AS el contacte amb persones del seu mòdul de residència interessades en participar en la metodologia del GD. Un cop feta la demanda se'ls ha donat un temps per a poder fer el contacte i facilitar-nos el nom dels propers informants del GD3. Una vegada recollits el noms dels participants s'ha procedit a fer una breu entrevista amb els interessats per a poder explicitar l'objectiu de la sessió i el format de la mateixa. Aquesta entrevista ha facilitat el contacte amb els dinamitzadors del GD3 i també ha fet de filtre final abans de la trobada. Dels nou participants, s'ha comptat amb dos dones, set homes i tres dinamitzadors en la sessió.

El darrer GD4 vol recollir una altra tipologia de participant i alhora poder obtenir un grau d'informació suficient per a l'anàlisi dels discursos. L' objectiu del darrer GD ha estat afavorir la saturació del contingut a partir de la reiteració dels temes proposats en els anteriors grups. Pel desenvolupament del GD.4 es precisa d'informants implicats i amb motivació pel debat. Els participants d'aquest nou grup han estat persones vinculades al servei, coneixedors de la metodologia participativa grupal però sense formació específica d'AS. Aquest vincle previ ha afavorit el contacte i l'acceptació de la proposta per part d'ells. Per aquest grup hem comptat amb un conjunt homogeni d'homes consumidors de drogues en actiu, els 6 informants però no resideixen en el mateix mòdul i tots ells responen a perfils diferents, tant en edats com en estils de vida i en tipologies delictives.

### **Característiques del grups de discussió**

En els GD portats a terme han participat un total de sis dones i vint-i-tres homes. Per tal de garantir l'anonimat de les persones informants hem canviat els seus noms per identificadors.

Els GD1 i 2 es caracteritzen per estar compostos per AS del CAS Brians 1. En ambdós s'observa certa prevalença de malalties infectocontagioses: al GD1 5 dels 6



participants estaven infectats per VHC (cap en tractament), 2 d'ells coinfectats de VIH (tots dos amb tractament antiretroviral: ARV). Al GD2, 5 de 8 participants estaven infectats de VHC (cap en tractament), i 2 d'ells coinfectats de VIH (tots dos amb tractament ARV).

En relació a l'ús fet dels tractaments relacionats amb les drogodependències s'observa que en ambdós grups es fa ús dels psicofàrmacs. Es diferencien en que en el GD2 van fer ús dels programes de RD oferts pel CAS Brians 1: 5 dels 8 participants havien participat en el PMM en els últims 6 mesos, i 2 d'ells havien utilitzat el PIX. Al GD1 cap va fer ús d'aquests programes.

El GD3 es compon de població oculta. En aquest grup hi va haver una baixa prevalença de malalties infectocontagioses, 2 dels 9 estaven infectats de VHC (sense tractament), 5 dels 9 usaven psicofàrmacs prescrits i cap estava adscrit al PMM o al PIX.

El GD4 inclou persones properes a les intervencions de RD però amb menys intensitat que els del GD2. Entre els seus participants, 4 dels 6 estaven infectats per VIH (3 en tractament ARV), i 2 per VHC (sense tractament, un d'ells coinfectat de VIH). S'observa que la meitat utilitzava psicofàrmacs, dos d'ells participaven en el PMM, i cap era al PIX.

**Figura 5. Quadre resum del perfil dels participants als grups de discussió**

	Participants	Sexe	Edat	Duració de la condemna actual	Motiu d'estada a la presó	Estat salut física	Ús de Psicofàrmacs	PMM	PIX
				Anys-mesos-dies					
<b>G D 1</b>	1	H	42	14-54-0	Robatori	VHC sense TTMT/VIH amb ARV	NO	NO	NO
	2	H	38	11-25-15	Robatori amb violència i intimidació	VHC sense TTMT	SI	NO	NO
	3	D	47	16-0-0	Furt	VHC sense TTMT	SI	NO	NO
	4	H	37	8-25-8	Violència domèstica habitual	VHC sense TTMT/VIH amb ARV	SI	NO	NO

	5	D	39	18-10-65	Homicidi	NO	SI	NO	NO
	6	H	47	5-8-0	Robatori	VHC sense TTMT	SI	NO	NO
<b>G D · 2</b>	7	H	35	10-14-4	Robatori	VHC sense TTMT	SI	SI	NO
	8	H	39	9-44-0	Robatori amb violència i intimidació	VHC sense TTMT	SI	SI	SI
	9	H	42	4-30-45	Robatori amb violència i intimidació	VHC sense TTMT/VIH amb ARV	SI	SI	SI
	10	H	46	7-9-180	Robatori amb violència i intimidació	VHC sense TTMT/VIH amb ARV	SI	NO	NO
	11	D	43	7-24-0	Robatori	VHC sense TTMT	SI	SI	NO
	12	D	38	10-12-0	Robatori amb violència i intimidació	NO	SI	NO	NO
	13	H	44	10-6-0	Robatori amb força a les coses	NO	SI	NO	NO
	14	H	31	11-15-1	Homicidi	NO	SI	SI	NO
<b>G D · 3</b>	15	H	24	6-0-1	Tràfic de drogues	NO	NO	NO	NO
	16	D	34	3-4-20	Tràfic de drogues	NO	SI	NO	NO
	16	D	28	3-19-18	Conducció sense permís	NO	SI	NO	NO
	18	H	24	5-37-1	Falta de furt	NO	SI	NO	NO
	19	H	28	1-3-0	Robatori amb violència i intimidació	NO	NO	NO	NO
	20	H	29	2-35-216	Usurpació	NO	SI	NO	NO
	21	H	27	2-7-0	Robatori en casa habitada	NO	NO	NO	NO
	22	H	45	4-0-100	Contra la salut pública	VHC sense TTMT	NO	NO	NO
	23	H	55	20-0-0	Agressió sexual	VHC sense TTMT	SI	NO	NO
<b>G D · 4</b>	24	H	39	15-25-0	Robatori amb violència i intimidació	VHC sense TTMT	NO	NO	NO
	25	H	41	3-16-0	Robatori amb violència i intimidació	VIH amb ARV	NO	NO	NO
	26	H	43	9-18-0	Robatori amb violència i intimidació	VHC amb TTMT/VIH sense ARV	SI	SI	NO
	27	H	39	2-12-0	Robatori amb violència i intimidació	VIH amb ARV	SI	SI	NO
	28	H	45	2-9-0	Robatori en casa habitada	VIH amb ARV	NO	NO	NO
	29	H	32	7-32-22	Robatori amb força a les coses	NO	SI	NO	NO

## **Desenvolupament dels grups de discussió**

Els tres primers GD (GD1, GD2 i GD3) s'han portat a terme el mes de juliol de 2012, concretament els dies 5, 12 i 19. El darrer grup (GD4), s'ha desenvolupat al mes de novembre del mateix any.

Tenint en compte la metodologia de la tècnica de grup de discussió ha estat imprescindible crear, en el desenvolupament de la sessió, un clima òptim on de manera progressiva la interacció entre els participants generés un diàleg profund en base als temes a reflexionar. És per aquest motiu que l' horari i l'espai han estat dos variables a tenir en compte de manera especial. Al llarg de la franja del matí, l'activitat en el centre penitenciari és superior a la de la tarda, per aquest motiu vam decidir fer les sessions dels grup de discussió de 16 a 18.30h, així evitàvem els obstacles que es poguessin generar en el transcurs del dia, i alhora minimitzàvem les interrupcions en les tasques quotidianes de les persones participants.

Els membres integrants dels diferents GD estan ubicats en diferents mòduls, per aquest motiu ha estat necessària la recerca d'un espai on la norma penitenciària permetés realitzar una sessió conjunta. En el CP Brians 1 existeixen pocs espais comuns fora de les dependències dels mòduls residencials i que alhora compleixin els requisits indispensables per a poder mantenir una dinàmica favorable al debat. Finalment l'aula SUM (Sala d'Usos Múltiples) va resultar el lloc idoni per a poder portar a terme els diferents grups.

Les sessions de tots els GD van compartir una mateixa estructura de quatre blocs: 1. es presenten els dinamitzadors, s'explicita el rol dels observadors i es fan cinc cèntims de l'estudi que s'està portant a terme; 2. els dinamitzadors expliquen l'objectiu i la metodologia de la sessió i es sol·licita permís per enregistrar el debat amb una gravadora de veu; 3. s'inicia el desenvolupament de la sessió; i 4. finalment, es tanca el grup amb el compromís de fer una devolució sobre els resultats de l'estudi una vegada aquest hagi estat presentat.

El grup d'investigadors, valorant la dificultat emocional que suposaven els temes a debatre, va decidir oferir un petit berenar, a base de cafè i pastes, durant la sessió i també va voler gratificar tant la participació com la profunda implicació de les persones informants amb un present simbòlic.

#### **4.2.2. Tècnica d'anàlisi d'informació qualitativa: anàlisi del discurs**

L'anàlisi del discurs comença dins del mateix grup de discussió. Així, s'han utilitzat diferents tècniques de dinamització per fer parlar els participants i solidificar els discursos (veure Callejo, 2001; Gutiérrez Brito, 2008). Els discursos es caracteritzen per mantenir una coherència interna, un estil narratiu, una argumentació verbal, i per produir-se dins de la interacció social amb certa intencionalitat (Conde, 2009: 37).

Al llarg de la dinàmica s'ha pretès conjecturar les diferents opinions envers els diversos temes plantejats. Després del GD, els dinamitzadors hem anotat les impressions finals, necessàries per a l'anàlisi global. Posteriorment, hem transcrit la gravació, familiaritzant-nos amb el text a partir de successives relectures, i hem realitzat l'anàlisi del discurs a partir de la proposta de "Análisis sociológico del sistema de discursos" de Conde (2009). Des d'aquesta mateixa, el nostre nivell d'anàlisi s'ha centrat en els posicionaments dels participants: aquests ens indiquen la perspectiva i els diferents arguments cap al fenomen estudiat. Hem descompost i fragmentat el text en diferents etiquetes que més tard hem organitzat i analitzat sense perdre de vista la composició global. Després de l'anàlisi, hem desenvolupat els resultats en diferents unitats temàtiques.

#### **4.2.3. Resultats. Posicionament enfront del risc**

En la dinàmica dels GD s'ha pretès recollir els discursos dels participants davant del risc suposat per les diferents pràctiques relacionades amb el consum de drogues, les relacions sexuals, el tatuatge i l'autocura dins el context penitenciari. Com a resultat de les dinàmiques, s'han diferenciat dues formes de posicionar la persona cap al risc: "estar en risc" i "córrer el risc" (Spink, 2007: 585-587). Sobre el posicionament "estar en risc", en l'anàlisi del discurs se'ns obren tres factors de caràcter extern - causes de tipus social i ambiental - que promouen aquesta situació: la informació sobre drogues, la intervenció sobre drogues i l'empresonament. En el cas del posicionament "córrer riscos" se'ns obren diferents argumentacions relacionades amb els estils de vida per a la presa de decisions davant les diferents pràctiques.

Dins el posicionament "córrer el risc" es revelen en un primer moment dues posicions clares: els que "eviten córrer riscos" davant dels que "corren els riscos" tot i els possibles danys. A més, en aquest últims se'ns obre una diferenciació segons els desitjos i l'experiència de la persona. Per això, parlarem de "córrer el risc" i "córrer el risc desitjat" seguint l'anàlisi de Spink i Menegon (2006). En el llenguatge dels que "corren el risc" circula la decisió de dur a terme certes pràctiques tot i les seves conseqüències davant dels que decideixen "córrer el risc desitjat", els quals porten a terme comportaments que impliquen possibles danys però que, sota unes determinades mesures de seguretat, produeixen una sèrie de beneficis. Seguint aquestes definicions, distingirem tres posicions dins del nostre objecte d'estudi: 1) Posicionament temerari, 2) Posicionament aventurer, i 3) Posicionament prudent. Val a dir que, aquestes perspectives discursives s'han formalitzat d'acord amb la conceptualització de risc/dany i dels diferents mètodes preventius dels participants no dels professionals. Com ja hem comentat més amunt, un dels nostres objectius és conèixer els discursos dels participants per poder generar una sèrie de línies per a la promoció de la salut ajustada a les diferents pràctiques revelades en la investigació.

Abans d'entrar de ple en l'explicació dels diferents posicionaments, volem advertir que en l'anàlisi dels diferents grups hem seguit tres normes bàsiques (Conde, 2009: 146-150): 1) no confondre els criteris de disseny dels grups amb les posicions discursives d'aquests, 2) no confondre les narratives dels grups amb les dels assistents, i 3) no confondre les argumentacions mantingudes per un interlocutor amb una única posició discursiva. D'aquesta manera, hem estat prudents per desxifrar dins dels grups les opcions dels seus participants davant d'un mateix fenomen, així com l'ús de diferents pràctiques discursives d'un mateix participant en relació a una mateixa acció.

A continuació sintetitzem els posicionaments definits per una millor comprensió dels resultats:

### **Posicionament temerari:**

- Són persones que duen a terme conductes de risc, sense arribar a plantejar-se els possibles danys.
- Són consumidors de drogues en actiu que no prenen mesures preventives suficients: utilitzar xeringues netes, realitzar tractaments, etc.
- Són persones que no han conceptualitzat un procés de drogodependències problemàtic o que estan ambivalents al respecte.
- No fan servir el preservatiu tot i les possibles conseqüències negatives.
- No fan servir mesures higièniques per a la pràctica del tatuatge tot i els possibles danys.
- Tenen poca consciència o neguen el seu estat de salut i no es preocupen per l'autocura.
- "Corren riscos".

### **Posicionament aventurer:**

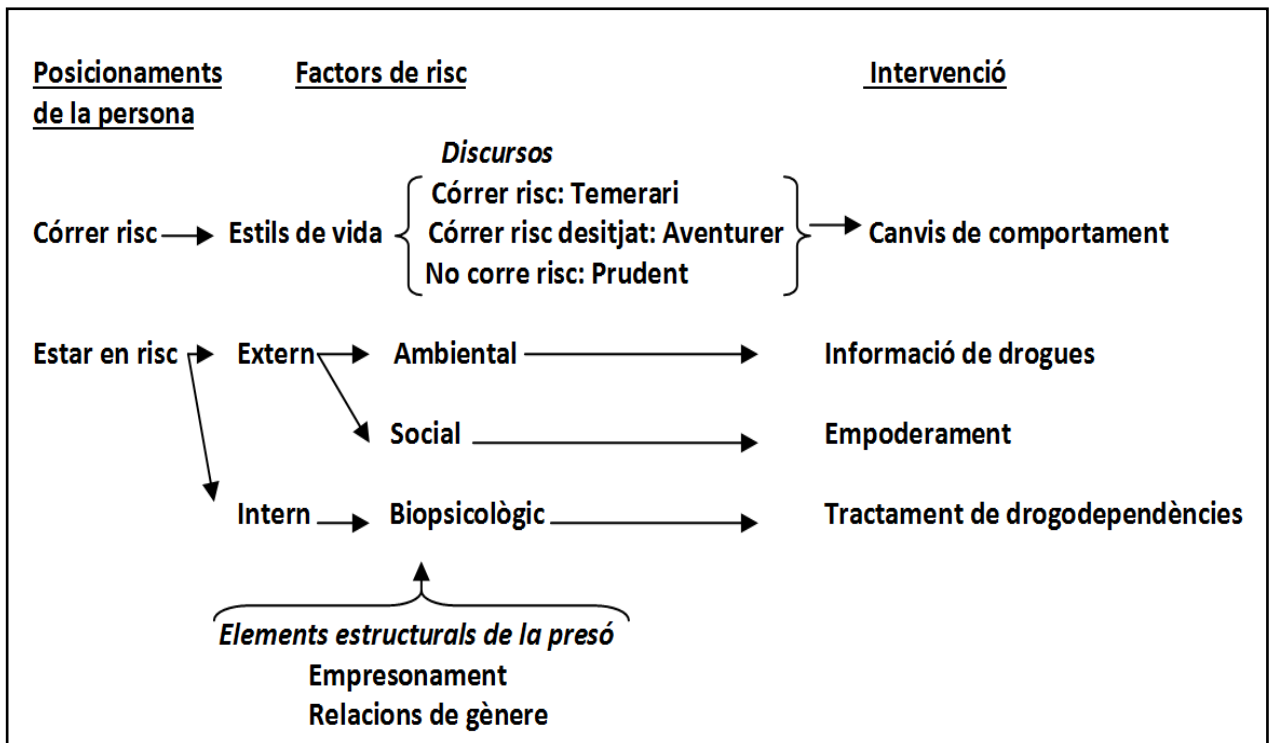
- Són persones que coneixen els riscos i assumeixen dur-los a terme sota una sèrie de mesures de seguretat.
- Són consumidors en actiu però que prenen mesures preventives buscant beneficis; per exemple, usen metadona per *col·locar-se*.
- No fan servir sempre el preservatiu, només en determinades situacions on el risc no és del tot controlable.
- No fan servir mesures higièniques per a la pràctica del tatuatge però coneixen i usen mesures per millorar aquesta.
- Es preocupen pel seu estat de salut tot i exposar-se al risc controlat.
- "Corren el risc desitjat".

### **Posicionament prudent:**

- Són persones que coneixen els riscos i es protegeixen: redueixen o eviten riscos.
- Consumeixen drogues puntualment o no les consumeixen.
- Es protegeixen del consum de drogues amb mètodes preventius en la seva justa mesura; per exemple, prenen metadona, realitzen un tractament farmacològic, etc.
- Usen preservatius o no mantenen relacions sexuals.
- No es tatuen dins de presó.
- Es preocupen pel seu estat de salut i es cuiden: esport, bona alimentació, descans diari, etc.
- "No corren riscos" o "redueixen riscos".

En tots els grups de discussió han aparegut persones que han problematitzat la seva relació amb les drogues, ja sigui en el passat o en el present, ja sigui amb tractament o sense tractament. Els participants coneixen les diferents pràctiques que poden comportar conseqüències negatives. Les posicions discursives cap al risc dins el context penitenciari reflecteixen les diferents argumentacions cap a les diverses accions.

**Figura 6. Guia per la interpretació dels resultats qualitius**



## a. Córrer riscos: des de dins de la persona

### a.1. Context penitenciari i consum de drogues

El consum de drogues forma part de la realitat social dels internats en centres penitenciaris. Malgrat existir una limitació del contacte amb l'exterior, s'evidencia la proliferació de diferents tipus de substàncies sotmeses a fiscalització (cocaïna, heroïna, etc.), així com de legals (medicació psicotròpica i metadona) prescrites o no pels equips de professionals responsables. En aquesta investigació no analitzarem com penetren dins de l'establiment les substàncies, només parlarem de les vivències dels participants respecte al consum d'aquestes.

### Consum vs Abstinència

En els posicionaments "temeraris" i "aventurers" hi ha un manteniment o continuïtat del consum, en major o menor grau, depenent dels motius. A presó es consumeix per diversos motius que resumim a continuació: 1) de forma recreativa en dies puntuals, 2) per afrontar una mala notícia, i 3) per un procés de drogodependència



de llarga evolució. En el primer cas, les persones privades de llibertat refereixen que la vida dins de presó és molt rutinària, amb uns horaris i activitats prescrites. Així, en dates indicades, ja sigui una festivitat individual o col·lectiva, es consumeix drogues.

"H: Se toma drogas porque te gusta, porque es una manera de pasar el día" (GD2).

"D: Sí, se toma el sábado por la noche" (GD3).

"H: Sí, por ejemplo, Navidad, esas fechas como Año Nuevo...Empieza una ansiedad y todo...Y se siente en el ambiente por la gente, ¡en la cárcel se siente la vida!" (GD3).

També solen haver males notícies relacionades amb el procés de privació de llibertat o amb informacions personals i / o familiars les quals indueixen a consumir per pal·liar el consegüent malestar.

"H: Cuando he tomado drogas ha sido para sentirme mejor, es cuestión de problemas. A lo mejor he tenido una llamada que me ha ido mal y te pones *hasta el culo*" (GD3).

Molts en entrar a la presó, malgrat tallar amb el context directe de consum, continuen prenent perquè el seu procés de drogodependència es manté en major o en menor grau. Molts refereixen que deixar de consumir a la presó és un procés dur i amb poques garanties de curació.

"H: Yo no conozco mucha gente que esté en prisión y lo haya dejado. La mayoría está en *standby*, en *kit-kat*. Solo conozco a mi compañero de celda, que no sé lo que le ha pasado que lo ha dejado rotundamente. Solo conozco a dos personas que han dejado las drogas de verdad. Es casi imposible, el que no tiene un día lo tiene otro." (GD1).

En altres casos, es produeix una disminució dels consums "temeraris" portats a terme en llibertat.

"H: Yo he estado enganchado a los Trankimazines [alprazolam] y ha habido días que he estado tomando hasta que me han metido un tubo hasta el estómago. Casi me muero tres y cuatro veces, ¡por la mierda! Pero, mira, han sido días puntuales, no ha sido constante. En la calle era cada día." (GD3).

Davant dels posicionaments "temeraris" i "aventurers", trobem posicions "prudents" que eviten o disminueixen l'ús de substàncies dins de presó per diversos motius.

Generalment, es decideix deixar de consumir per: 1) problematitzar el consum de drogues, 2) mala qualitat de les drogues, 3) preus elevadíssims per poca quantitat.

Dos participants dialoguen sobre deixar les drogues dins de presó:

H1: Tú te sientes bien, te diviertes con la droga. Cuando tú dejas la droga ese vacío no lo llena ni tus hijos, ni tu mujer...No hay nada porque te falta algo, porque estás acostumbrado a llenar ese vacío con la droga.

H2: Sí, se llena, pero con los años....

H1: ...llega cuando tú has pisado fondo y dices 'se acabó'. (GD2).

H: A mí hace dos años, en Navidad, me ofrecieron algo de *perico* y cuando lo probé estaba malísimo y me dio mucha rabia: '¡Me estoy gastando un dineral en esta mierda y ni siquiera me está colocando bien!', y dije: '¡ja la mierda!'. (GD3).

H: 30 euros por una miseria y luego te tiras toda la semana pidiendo tabaco. Y digo, además, '¿por una mierda de puntilla y ahora estas pidiendo tabaco?'. (GD3).

I és que, des d'una perspectiva "prudent", es critica l'actitud d'aquells que presumeixen per posseir drogues i jerarquitzen la seva posició davant aquells que no consumeixen o no en tenen.

D: ¿Pero, cómo te vas drogar en una cárcel? ¡Dios mío del señor! Yo mataría a la gente ¡Eso es de gilipollas!"

H1: Son gente, pues mira, que van por el patio caminando como si fueran importantes. Se meten una raya y se piensan que son *Robin Hood*...'Que yo tengo y tú no'.

H2: La gente que llega los lunes....

H2: ....al lado de la máquina, a coger la llave a todo el mundo y se sienten Dios porque tienen tres o cuatro llaves, ¡ya ves tú!" (GD3).

Més endavant continuen:

D: Pues para él todo, ¡yo quiero mi calle!

H1: Van de superior porque él tiene y tú no tienes.

Ent: Es una cosa como de jerarquía, por lo que dices, ¿no?

H1: Eso es. Es como si ellos fueran los burgueses y nosotros el pueblo, más o menos" (GD3).

D'aquesta manera, davant d'un consum de drogues insatisfactori molts decideixen aturar l'ús de substàncies durant la seva estada a la presó o només consumir en dies puntuals. Tot i disminuir el consum no sempre les persones arriben a un estadi de recuperació. El constructe del problema amb les drogues i el seu entorn social continua. Com més amunt comentaven: "uno se mantiene en *standby*".

“Ent: Más de uno de vosotros ha tenido dificultad...ha tenido problema de consumo fuera. Sin embargo aquí....

D: ...yo nunca he tenido problemas, siempre he llevado mi bolsa.

Ent: Pero, ¿has tenido problemas de consumo?

D: Pero, a ver, una persona enganchada no duerme con 100 gramos de cocaína en su almohada, ¿me entiendes? Yo me he tomado mi droga para desconectarme del mundo.”  
(GD3)

“Ent: ¿Qué pasa cuando no hay drogas en el patio?

H1: Pues cada uno a su *rollito*. Paseando por el patio, echando las partidas al parchís, dominó...Cada uno haciendo su deporte.

Ent: ¿Consideráis que estáis desintoxicados?

H2: Desintoxicado puedes estar físicamente, pero psicológicamente no.

H1: Uno no puede bajar la guardia cuando está por el patio sin tomar. La guardia no puedes bajarla...” (GD4).

“H: Soy toxicómano de cortos plazos, no me ha dado tiempo de ser toxicómano. Yo ahora he dejado de ser consumidor esporádico y me he dado cuenta que mis problemas son otros.”  
(GD1).

### **Quines substàncies consumir?**

En el desenvolupament dels GD els participants refereixen que dins de presó es consumeix tot tipus de substàncies sotmeses a fiscalització (heroïna, cocaïna, haixix, etc.) així com d'altres de curs legal (metadona i psicofàrmacs) administrades per prescripció mèdica o aconseguides al mercat negre. No hi ha una predilecció per una substància en concret, encara que per causes ambientals i relacionals, predomina l'ús de heroïna, haixix i medicació psicotròpica.

"H: Aquí lo que hay son porros, pastillas y caballo." (GD3).

Totes aquelles substàncies que ajudin a desconnectar de tot allò relacionat amb la institució són ben acceptades, tant per un consum individual com grupal, recreatiu o disfuncional. Però també hi ha persones que tenen predilecció per l'ús de cocaïna en dies puntuals, encara que en molts casos no es consideri una substància que acompanyi amb l'ambient penitenciari, sobretot des d'un posicionament "prudent".

"D: Meterse coca en la cárcel es de locos ¡Mira que yo he sido loca pero yo no me meto coca en la cárcel!, ¡vamos!

H1: ¡Te vuelves loco, aquí!

H2: Yo he tomado coca en la cárcel

D: ¿Coca, o corte?

H2: Coca, coca, cocaína...

H3: ...aquí hay 1% de coca. La gente de aquí no toma..." (GD3).

"H: ¡Qué vas a tomar coca con toda la *atrapada*! Se toma heroína, pastillas y porros." (GD2).

En general, l'heroïna i la cocaïna són les substàncies que es consideren problemàtiques, sobretot la primera perquè l'associen més a processos de dependència i als problemes de salut. Molts les situen com les precursors del seu problema destacant el punt de vista econòmic.

"H1: La heroína es un problema porque económicamente a las familias las destrozan. Para ellos mismos se buscan un problema: *rollos*...se etiquetan ellos.

Ent: ¿Qué son *rollos*?

H1: 'Ya te pagaré'...'que ya te lo pasaré la semana que viene'...'te lo mando a la otra', luego tampoco...

H2: Entonces a las familias les acostumbras y como las familias al principio pues tragan, ellos van pidiendo y la familia van poniendo. Pero llega un momento que la familia se cansa.

H3: Claro, si cada semana está el que llama y dice 'mama mándame 200', llega un momento que se acaba tanta tontería y a la semana siguiente otra vez.

H1: Los mayores problemas aquí vienen por la droga." (GD2).

“H: Tú tienes un gasto y pasa que aquí no estás produciendo, y a lo mejor estás en un destino por 100 euros pero que...y en el economato está todo supercaro...” (GD3).

Però tot i que l'heroïna es consideri majoritàriament una droga problema, hi ha la sensació que cada vegada hi ha menys consum d'aquesta substància, sobretot en les noves generacions

“H: Que la cosa va cambiando. Cada vez hay menos adictos a la heroína, como mínimo en mi módulo. Lo del PIX no sé si habrá...lo de la metadona debe haber 15 tíos tomando. O sea, que de haber un montón...cambia un montón el módulo, no hay ni droga...Sí medicación, y metadona hay bastante, son aún mucha gente. Medicación sobre todo...depende de cada módulo. Hay que basarse en los datos. No sé los otros módulos, yo te puedo hablar del mío” (GD1).

“H1: Hoy por hoy ha habido cambios en la población reclusa, porque ahora hay una población que no es como en los 80 y los 90. Ahora la generación no está entrando por drogas, y esta generación ven una jeringuilla muy esporádicamente.

H2: Ahora no hay la misma mentalidad: hay más concienciación por la experiencia de ver lo que ha ocurrido en el pasado. Se vuelve a consumir heroína, pero no es lo mismo que hace 30 años.” (GD4).

Finalment, la substància que respon a un ús més estès és el cànnabis. Des d'un posicionament “prudent” es considera una substància amb finalitats terapèutiques.

“H: A mí cuando me duele la cabeza me fumo un porro.” (GD2).

“H: Fumo porros, que me deja comer y me deja dormir tranquilo.” (GD3).

“H1: A mi sí porque me relaja, me sienta bien para dormir y, bueno, me sienta bien, me da hambre, apetito...

H2: Yo a lo mejor me fumo algo alguna vez a la noche, eso no da problemas. Solo tenemos que mirar que cuánta gente está presa por el cannabis, no estamos hablando de tráfico. Porque esté de mono o vayas a robar para el cannabis” (GD4).

## **Metadona i psicofàrmacs**

La metadona i els psicofàrmacs són substàncies utilitzades generalment pel tractament de l'addicció a l'heroïna i per altres tipus de desordres com la depressió, l'ansietat o altres problemes emocionals. Tot i estar indicades per a aquest tipus de problemes de salut, molts dels participants refereixen que sovint aquestes

substàncies s'utilitzen de manera desmesurada. Hi ha opinions contraposades sobretot entre els "aventurers" i els "prudents". Els primers refereixen utilitzar la metadona i la medicació en quantitats sobredosificades, moltes vegades buscant el *colocón* o la nul·litat; la substància s'aconsegueix de forma gratuïta, ha passat per controls de qualitat i en una mesura no excessiva no té perquè produir sobredosi. És un abús però hi ha un marge de seguretat. Els "prudents" refereixen que no és bo *col·locar-se* amb aquestes substàncies, sobretot perquè produeixen addicció, i només defensen el seu ús com un tractament controlat per l'addicció a l'heroïna. Darrere d'aquesta argumentació també hi ha una postura d'autodeterminació en no voler estar nul i subjecte a les ordres de la institució. Sobre la metadona opinen:

H1: Que es una mierda.

H2: La metadona va bien pero solo en un momento puntual. No creo que sea una cosa que debas aguantarla años y años. Tú, una vez que entras en prisión, estabilízate, quítate el mono y lo que quieras, pero hay que irla dejando... No cada vez y cada vez más... Que yo no entiendo tampoco a veces cómo los mismos médicos permitan subir a las cantidades que dejan subir.

H3: Yo no estoy de acuerdo con algunas cosas, porque la metadona es un tratamiento y si tú te encuentras mal...Hablo por mí. Yo la he dejado tres veces: la cojo...me meto... ¿Por qué? Porque es un vicio menos, porque me gusta la heroína, pero cuando tengo mono y...

H2: ...vale, y a mí también me gusta la heroína y....

H3: ...me gusta la heroína y cuando no tengo y me pongo agresivo la pido y me la dan.

H2: Te la mantienes bajita.

H4: ¡Pero hay a quien le gusta ponerse a gusto, tío!

H3: Hay gente que le gusta el *colocón*. A mí no me gusta el *colocón*. Me gusta el *colocón* de la heroína no de la metadona. Cuando me encuentro mal pido la metadona y cuando estoy bien dejo la metadona.

H4: Pues a mí me gusta el *pelotazo* más que el de la heroína.

H3: ¡¿Cómo?!

H4: Yo la veo bien. Que estoy mejor así que con la heroína, ¿es o no? Es lo que te digo, estoy mejor así que con la heroína...Pero depende de los gustos, de lo que tú quieras...Bueno, pero....

H3i: ...sí, sí, pero el *pelotazo* se acaba y acabas pegándote o lo que sea, la agresividad...

H4: ...que sí, que sí...¡mejor no tomar!" (GD2).

"H1: Mira, los primeros en tomar metadona en el mundo fueron el ejército de Hitler, el ejército de los nazis ¿Para qué? Para sentirse...Porque en verdad fueron uno de los ejércitos más grande del mundo, ¿no? Cuando consumían la metadona...La metadona antes se llamaba 'Adolfina', y se la metían para sentirse más en el campo de batalla, para quitarse el miedo.

H2: A la institución le interesa esto más que nada, porque nos tienen ocupados en estas cosas. Para no defendernos en contra del sistema penitenciario, ¿no? Entonces, a ellos les interesa...

H1: ....les interesa tenernos anulados." (GD3).

En general, des d'un posicionament "prudent" es reafirma que la metadona ha de ser un fàrmac per utilitzar en èpoques puntuals quan es consideri necessari.

"H1: La metadona la veo yo para tirarte 6 meses o un año cuando uno está enganchado a la droga. Para poco tiempo. Después, ¡quítate de la metadona!, ¿no sé si lo veis igual?

H2: Sí, es así como yo lo hago.

H3: La metadona es una vía de escape.

H2: Es para cuando tú te veas fuerte, claro, porque cuando estás enganchado estás débil de mente no tienes la misma fuerza. Entonces cuando tú te veas fuerte haces las bajadas bien con el médico de metadona, ¡y lo dejas ya y haces tu vida!" (GD4).

Per la seva banda la medicació psicotròpica també aixeca crítiques des del posicionament "prudent" encara que molts al llarg del seu procés de salut-malaltia hagin necessitat prendre-la per combatre els seus patiments.

"D1: Yo quiero salir de la cárcel limpia. He dejado la medicación de la mañana...ni medicación al mediodía, solamente por la noche...Y voy y espero al psiquiatra, y para que me diga qué *mierda* tomo por la noche que no duermo...

H1: ...pero ¿Por qué siempre estáis diciendo el psiquiatra?, ¿tú estás loca?

H2: Claro, te pone medicación si no duermes.

D2: Todo el mundo abusa de lo que se le da, porque la medicación tiene que ser realmente la que se necesita.

H1: ¡Ahí!

D2: La que se necesita, si no eso se convierte en un abuso.

H3: Lo mismo que con la metadona.

H1: Aquí se apuntan al psiquiatra y dicen 'tengo miedo', 'quiero matar a alguien'... ¡Te va a poner una medicación!, ¡a tomar por culo! (GD2).

"H1: Lo que no puedo entenderte son los *potitos* y toda esa *mierda*. Se me escapa a mí de las manos. Si no tienes ningún problema - que estés loco o algo - no creo yo...

H2: ...lo hacen para ponerse ciego...

H3: ...lo hacen para evadirse....

H1: Pero, ¿todos los días del año?... ¡Es química, química y química todos los días!... Es que yo voy mañana y pido la metadona y los *potitos* y digo que estoy *chungo* y me la dan, ¡me lo dan todo! Cuando un centro te da todo eso es porque les interesa que tu estés así..." (GD4).

## **Com consumir?: esnifar, fumar i injectar-se**

Dins de presó no és fàcil determinar quina és la via de consum predilecta. Segons els participants és una qüestió de gust, relacionada amb els estils de vida dels que usen drogues. Tot i ser així, en molts casos hi ha un rebuig de la via injectada, sobretot des d'un posicionament "prudent": la consideren nociva i amb molts problemes associats a la dependència a la substància. Aquesta visió coincideix amb la de les generacions més joves. Per la seva banda, en els "temeraris" es denota clarament una predilecció per aquesta, especialment en generacions més "veteranes". Tanmateix, com veurem més endavant, dins dels que usen la via injectada hi ha posicions, tant "prudents" com "temeràries", respecte a l'ús de material higiènic.

"H1: Para disfrutar realmente de la cocaína o de la heroína, tiene que ser por la vena ¡Y el que diga que no, miente!

H2 y H3: En la vida me he pinchado.

H1: Para mí es disfrutar, para ti, no. Para mí y para la mayoría...

H2: ¿Sabes por qué usan la vena? Porque por la nariz ya no te hace nada.



H1: Yo tengo 44 años, ¿cuántos años tú tienes?

D1: ¡En la época del *Torete* ya se metían por la vena!

H2: Espera, espera...Se empieza por la nariz, luego se van por la plata y cuando ya llevan semanas se pinchan. Porque por la vena te va más rápido al *coco* ¡Y no me digas que no!

H1: Síííí...escúchame. Tú tienes 30 años y yo tengo 44. Yo me empecé a pinchar con 10 años, directamente por la vena, en mi barrio... Porque lo veía en el barrio, en mi casa, en mis hermanos en paz descansan.

H2: Sí, sí, pero eso tú lo has hecho porque a ti te ha gustado...

H1: Sííííí.

H2: Eh...pasas por porros, pastillas....

H1: ....los antiguos, te digo yo a ti..." (GD2).

Com ja hem esmentat anteriorment, les quantitats que s'aconsegueixen a la presó són mínimes i a alts preus. En diversos grups, s'argumentava la lògica de l'ús endovenós de certes drogues.

"H: Si usan la vía intravenosa es porque es más directo y porque, entonces, con la misma cantidad te da más.

D: Le sacas más provecho.

H: Sacas más rendimiento." (GD3).

"H1: Te voy a dar una razón y lo vas a entender. Hay gente que nunca ha consumido heroína en la calle. Pero hay gente que ha consumido heroína en la calle, y tú te vas con 30 euros y te dan medio gramo o un gramo y aquí con 30 euros te van a dar una mierda que cuando lo veas, con perdón...'esto yo, esto es una mierda'...La manera para que me *coloque* más es meterse un pico." (GD4).

En la decisió d'usar la via injectada, es pot assumir el posicionament "prudent" utilitzant el PIX o xeringues netes aconseguides fora d'aquest programa; o, altrament, adoptar un posicionament "temerari" no usant vies higièniques. Però en moltes altres ocasions, els "temeraris" poden ser considerats "aventurers": tot i que corro el risc sé que puc aconseguir un altre tipus de beneficis, com experimentar el

*flaix* o *colocón*. En qualsevol cas "córrer riscos" (desitjats o no) està discutit per la posició "prudent".

"Ent: ¿Por qué la gente comparte material...la aguja?

H1: Pues porque no tengo contrato (del PIX): 'me hace falta meterme un pico', 'no tengo la chuta, ¿me la tienes que dejar!', luego voy al lavabo...

H2: ¡¿Qué has dicho?!...¡¿Me la tienes que dejar?!...¡Eso es una amenaza!, ¡¿Cómo que me la tienes que dejar?!...

H1: ¡¿Qué amenaza?!...

H2: Oye, no me tires de la lengua...

D: No será mejor decir: '¿me puedes dejar la aguja que me tengo que meter?'...'me la tienes que dejar'...¡¿Se te va la olla?!'

H1: Escúchame, escúchame. No vamos a decir nombres... Me doy un *cartuchazo*, ¿vale? Esa persona esta *chunga*, ¡¿qué?!'

H2: Sí [asiente en desacuerdo]. Me da igual si está *chungo*, ¡eso es tuyo, coño!

H1: ¡¿Qué?! Es amigo mío.

H2: Escúchame...Son chavales que son buena gente...que están en el PIX y que te dan la chuta...¡Pues no ¡ ¿Tu quieres una *chuta*?, ¡pues la pides!" (GD2).

Però, hi ha situacions en què la persona "està en risc"; parlarem sobre aquest tema en el punt b.2.2., que tracta sobre les dificultats contextuais del funcionament del PIX. Davant aquestes dificultats, entre els "aventurers" es creen normes en la pràctica de compartir xeringues.

"H1: Yo te voy a decir una cosa. Si eres un hombre...Yo, por ejemplo, me voy a ir con él y yo sé que él no tiene anticuerpos, yo le voy a decir 'hazlo tu primero, que yo tengo los anticuerpos'. Que quede claro que eso se respeta porque eso es una cosa que hay que respetar 'oye, socio, toma, métetelo tu primero y luego ya me lo meteré yo', porque hay que decirlo esas cosas, ¿vale o no?

H2: Claro, porque, por ejemplo, yo no tengo anticuerpos, y por ejemplo, estoy con otro colega y él tiene anticuerpos...y tenemos una jeringuilla nueva y tengo que pincharme... ¡Yo voy a ser el primero!" (GD4).

Però tant si són consumidors per via injectada com si no, generalment, s'opina des d'un posicionament "prudent" que el PIX és una bona mesura per evitar riscos i danys.

"H: Lo veo bien si es para evitar el VIH y las hepatitis" (GD3).

"H: Hay que pedir el PIX, ¡no pasa nada!" (GD3).

"D: Por ejemplo, con el tema de la jeringuilla, siempre he sido muy precavida. Siempre he procurado no pincharme con la chuta de nadie. No tengo los anticuerpos" (GD1).

"H: Yo, ahora, llevo un montón de años sin meterme un pico. Pero si yo ahora quisiese y hubiera una jeringuilla en el patio, yo me iría al servicio médico y diría: 'oye, mira, que...'. Porque yo no tengo ni anticuerpos ni hepatitis ¡Que yo para estar compartiendo no quiero nada de nadie!" (GD4).

D'aquesta manera, la persona té en el seu poder la decisió de "córrer riscos" o no, tot i que com hem vist hi ha limitacions molt accentuades pels imperatius del centre penitenciari, de les que parlarem en el punt b.2.2 referent al PIX.

## **a.2. Pràctiques sexuals a la presó**

Les relacions sexuals entre persones de diferent sexe son escasses, limitades, regulades excessivament per la normativa i el funcionament de la presó. Entre persones del mateix sexe això es donarà probablement encara més, però a la nostra investigació no ens ha estat possible explorar detingudament aquesta realitat. En el punt c.2 de Gènere i drogues donarem algunes pinzellades que puguin generar hipòtesis per futures investigacions.

Hem de parar atenció a la desprotecció que caracteritza les pràctiques sexuals dutes a terme dins de presó. Els participants dels GD reconeixen els efectes preventius del sexe segur (ús de preservatiu).

"Ent: ¿Qué ventajas y desventajas tiene el uso del preservativo aquí en prisión?"

H: Hombre...lo de las enfermedades, ¡claro!

D: ¿Ventajas? Que no te quedas embarazada." (GD2).

Però molts participants reconeixen que no s'usa i que no l'utilitzarien.

“D: Todos dicen que usan el condón, pero yo te digo que le 99% luego no lo usan.” (GD1)

“H: A mí no me gusta usar el preservativo porque parece que estás haciendo el amor con una muñeca hinchable” (GD2).

Les motivacions són diverses. Cadascun formula els seus plantejaments segons les seves experiències i segons les expectatives bolcades en l'acte sexual. Trobem posicionaments "prudents" en els mètodes preventius aplicats dins de la relació de parella:

“H: Eso depende: si es con tu mujer o si es con otra mujer, ¿me entiendes?...Si es con mi mujer no lo veo necesario, mi mujer ya toma sus medidas y sus cosas...” (GD3).

Troblem també posicions "aventureres" que s'acosten a discursos "prudents": mentre la persona no consideri posar-se en risc no fa servir el preservatiu, fins que arriba el moment en què pot perjudicar a altres persones:

“H: Yo, si tuviera una enfermedad y mi mujer no la tuviera, yo sería el que tendría que protegerse.” (GD2).

“H1: Yo, hace 20 años que tengo el VIH. Con todas las mujeres con las que he estado se lo he dicho. A mí un médico en prisión me cogió, porque quería tener un crío y le dije 'oiga' y me dijo 'escúchame, chaval, lo que te voy a decir no te lo tendría que decir pero te lo voy a decir...mientras tú tengas la carga viral indetectable, tú no puedes contagiar a la persona con la que lo estás haciendo'. Entonces lo que tienes es que estar seguro que no la tienes detectable. Y entonces ahí es donde decides si quieres utilizarlo o decidís no utilizar el preservativo, pero ante todo hay que decirle que tienes los anticuerpos ¡Lo que no puedes hacer es engañarla! Si tengo la carga viral detectable entonces no se lo voy a proponer, pero si estamos los dos bien entonces eso ya es una elección...”

H2: Yo de momento me acuesto con mi mujer sin preservativo. Me hago analíticas cada tres meses. El médico me está diciendo que estoy indetectable, que las defensas tengo 600, 700, 800, que fenomenal. Le pregunto yo que si de la manera que estoy puedo infectar a mi mujer y me dicen 'de la manera que estás es muy, muy difícil de infectar...que se contagie'. El día que baje para bajo ya procuraré de usar condón.” (GD4).

Existeixen també situacions de pràctiques sexuals desprotegides, cosa habitual des dels posicionaments "aventurers" i "temeraris", que en molts casos poden ser recriminades pels "prudents".

"D: Yo llevo 23 años con mi marido, que tiene anticuerpos. Y hemos tenido relaciones sin preservativos, y a mí no me pasa nada y siempre me han dicho: 'ves a la iglesia y pon una vela'...

H1: ¿Tú has visto a Dios?

D: Yo no lo veo ¿Qué me quieres decir con eso?

H1: Yo tampoco, aquí no hay.

D: Yo tengo confianza con mi marido.

H2: Ya. Pero tú a lo mejor llevas 20 años cortando y no te has cortado, y llega un día que te cortas..." (GD2).

"H: Hay gente por ahí que los tiene y se dedica por ahí contagiándolo y eso no es para darle un tiro ¡Eso es para atarlo en una silla y torturarlo durante 8 ó 10 días!" (GD4).

D´altres prenen posicionaments "aventurers", tot i estar infectats d'alguna malaltia de transmissió sexual, a la recerca d'un altre tipus de beneficis (acceptació, no estigmatització), desestimant alguns punts que posen a la seva persona i la relació en situació "temerària ". En els grups parlaven sobre aquest tipus de situacions.

"D: Mi pareja podía estar concienciada de su enfermedad, y no sé... tener miedo de decirlo. A mi él no me lo dijo por miedo a perderme, porque no sabía cómo afrontar la situación.

H1: Miedo al rechazo.

H2: Pero eso no es una relación sana.

H1: Es miedo al rechazo, no sabía cómo decírtelo. Tiene miedo a que tú le dijeras 'no'. Lo positivo es que le lo hubiera dicho. Si te lo hubiese dicho tuviera dicho de utilizar eso. Lo que no es correcto que tú te enteres cuando y los has hecho, y gracias a Dios después de hacerlo no ha pasado nada. Pero si llega a pasar esa persona te ha sentenciado a muerte, si no a muerte a tener un tratamiento de por vida." (GD2).

"H1: No se dice por temor al rechazo de la gente, de la sociedad, al recluso....

H2: ...por el rechazo...

H3: ....una persona con anticuerpos no tiene suficiente valor para decirlo, por rechazo, por asco de la gente...Sin embargo quien no los tenga va con la libertad de no tenerlos." (GD4).

Finalment, molts participants parlen de situacions "temeràries" i fins i tot molts exposen que assumeixen "córrer riscos".

“Ent: Sabemos que hay gente con VIH y hepatitis, y que no usa, ¿por qué?”

H: Yo he visto casos, ¿vale? Un colega mío que le ha llegado una carta de una y dice: ‘ay mira, que he triunfado’. Y lo primero que le ha preguntado a la chica es si tiene anticuerpos y si ha dicho que ‘sí’ se pone a reírse, ¿vale? ‘Como es así no pasa nada’, ¿sabes? Se pone contento: ‘no tienes los antidiuréticos, ¡pues yo sí !’, ¡y se pone contento!

Ent: ¿Vienes a decir que aquí hay gente que no conoce el riesgo?

H: Claro. O lo conoce y se hace el tonto.” (GD3).

“H: ¡Pues claro que eres consciente pero es el placer!... Si tú te pones un condón y no sientes lo que esperas, te lo quitas y dices: ‘¡vamos, al lío ya!’”

Ent: ¿Aún asumiendo posibles riesgos de contagio?

H: Yo te digo que mucha gente piensa eso...Yo porque no me lo puedo poner [en una conversación anterior refería ser alérgico al látex] pero tampoco me lo pondría, ¡la verdad!” (GD3).

En definitiva, hi ha diferents argumentacions per no utilitzar el preservatiu. Des de posicionaments "prudents" la persona construeix unes normes de protecció; des dels "aventurers" i "temeraris", en diferents situacions, contextos o expectatives es decideix dur a terme pràctiques per "córrer el risc".

### **a.3. Pràctica del tatuatge**

A presó es porta a terme la pràctica del tatuatge. Els motius són diversos: des de tatuatges amb els noms de familiars propers, fins estètics, passant per altres relacionats amb determinades col·lectivitats ( pertinència a bandes o tatuatges amb significats grupals).

“H1: Yo veía que la gente se hacía *tattoos*, pues yo también me los hacía. Yo quería ser como los que llevaban tatuajes.

H2: Mi primer tatuaje era este [enseña unas letras en la cara exterior del brazo izquierdo : F-T-P]. Como venía la policía yo me hice este en la cárcel. Significa *fuck the police*: ¡que se joda la policía!" (GD2).

"H: Antes estaba lo de los cinco puntos, "¡abajo la policía, arriba la golfería!" (GD2).

"H: Mira, este tatuaje me lo hice yo en la Modelo cuando nació mi hija Rocío [indicándose el antebrazo izquierdo] y mi niño fue este [se indica el otro antebrazo]" (GD3).

Dins de presó està prohibit tenir material per al tatuatge. Hi han diferents estratègies per fabricar una màquina i aconseguir tinta per dur a terme aquesta pràctica.

"H: Los antiguos cogen el muelle del mechero y se meten *picotazos*" (GD2).

"H: Te hago una máquina con el motor del *discman* o el *walkman*, con una cucharilla, el muelle de un mechero, el *boli* para la tinta, la aguja..." (GD2).

"H: Mira, este es *taleguero*, con tinta de humo, con los cubiertos del lote [enseña un *tattoo* con una baraja de cartas]" (GD3).

Tanmateix, segons els participants dels GD, en l'actualitat cada vegada es realitzen menys aquestes pràctiques. Sovint, els grups refereixen que cada vegada hi ha més control per part dels funcionaris, el que fa molt difícil tant la fabricació de màquines com dur a terme els tatuatges. A més, refereixen que els enginys per tatuar fan molt soroll per la qual cosa pot ser fàcil detectar-los.

"H1: No se tatúa porque la cosa está controlada. No puedes hacer máquinas en el patio..."

H2: En La Modelo [Prisión de hombres de Barcelona] se puede tatuar porque te puedes tatuar en un *chabolo*. En la cuarta [galería], en el patio... Aquí, ¿dónde vas a tatuar? Aquí los guardias están dando vueltas todo el rato.

H3: ¡¿Aquí?! [corroborando la dificultad]

H2: Aquí hay mucho *rollo* y mucho *chivateo*". (GD2)

"H: Tiene una fuerza que *flipas* porque se escucha tres celdas más allá" (GD3).

La majoria coneix els riscos d'utilitzar material no estèril i reconeix el tipus de problemes dermatològics i malalties de transmissió sanguínia que això comporta, fins al punt d'assimilar-lo al consum per via injectada.

"H: Pues lo mismo que la aguja, ¡puedes pillar lo más grande tatuándote!" (GD3).

Sota aquestes condicions, des d'un posicionament "prudent", molts decideixen no realitzar tatuatges i si ho fessin preferirien esperar a estar en llibertat.

"H: No me hago tatuajes porque no me gustan. No me gusta porque puedes coger enfermedades y por coger mil cosas...A mí nunca me ha gustado hacerme tatuajes en la cárcel, nunca me ha gustado" (GD2).

"H: Yo paso. Yo evito las agujas [tras un comentario que para hacer la aguja de la máquina se utiliza el muelle del encendedor]" (GD3).

Des del posicionament "prudent" es realitza una crítica a qui decideix "córrer riscos" sota les condicions insalubres del context penitenciari.

"D: ¿Estamos locos? Ya ves, yo me voy a la tienda y me lo pienso. El que se hace *tattoos* aquí, el que se droga, yo creo que no sabe lo que va a pillar, ¡eh!...Tarifa plana...¿No sabes lo que es?...*Bordeline*, que no sabe nada más" (GD3).

"D: Eso se lo hace alguna *colgadilla* que le gusta hacerse la lista. Pues por mí que lo que tenga..." (GD2).

Entre els que "corren el risc" aquesta pràctica s'associa a altres conductes insanes. Diversos participants refereixen que els tatuatges es solen fer sota els efectes de les "pastilles" (psicofàrmacs) i com una forma més per escapar de les rutines del context penitenciari.

"H1: Uno se hace los tatuajes por aburrimiento, con la *empastillada*, por ejemplo a seguir..."

H2: Sí. Yo sé que la gente con toda la *empastillada* se los hace" (GD2).

"H1: Te haces los tatuajes por aburrimiento, porque te aburres y dices: 'mira, me voy hacer un *tattoo*'. Claro, como estamos aburridos...'¡tirale!'" (GD3).

Tot i fer-se els tatuatges per decisió pròpia, amb el temps sorgeix el penediment. Molts, malgrat aquest sentiment, des d'un posicionament "aventurer", reconeixen dur a terme aquestes pràctiques a la recerca de sensacions.

"H1: Limpio no te puedes asegurar, porque la aguja era un muelle de un mechero...En general, no es nada limpio, pero que yo lo vi bien...Pues sí, no me ha quedado mal [enseña el tatuaje de la baraja]. Pues no, ¡*está curraílo!*...Ahora mismo algunos no me los haría, me arrepiento...Menos de este [indica otra vez la baraja], me arrepiento de todos. Mírame, llevo esta tontería en las piernas, en los dedos [enseña pequeños tatuajes], ¡lo peor!



H2: Yo opino que la estancia aquí es una etapa más de nuestra de vida y dentro de ello, ya sea más largo o sea más corto, las sensaciones que no podemos sentir fuera las sentimos aquí dentro...Incluso nos hacemos cosas que no deberíamos... (GD3).

#### **a.4. Autocura i ús d'assistència biopsicosocial**

En aquest punt reflectirem quines són les decisions de les persones privades de llibertat respecte l'autocura i l'ús dels recursos per millorar la salut. Sobre els efectes de la presó en la salut de les persones, és a dir, en la situació que "posa en risc" l'autocura, aprofundirem molt més en el punt c.1 relacionat amb l'empresonament.

L'autocura és una decisió voluntària que, tot i les limitacions del context penitenciari, depèn de les eines i les estratègies individuals i col·lectives dutes a terme per les persones. Ens referim condicions bàsiques com: higiene corporal, alimentació, exercici físic i altres activitats d'autoatenció. Per ús d'assistència biopsicosocial ens referim a la utilització dels serveis sanitaris i d'atenció especialitzada del centre, així com d'altres formes alternatives d'assistència.

En general, en el desenvolupament dels grups de discussió, el malestar generalitzat per la situació de reclusió, sobretot a nivell psicològic, és una constant. Aquest malestar està relacionat amb les preocupacions pels familiars i/o la parella, amb els problemes de salut física, a més dels infortunis al llarg lligats als avatars de la condemna (judicis, aplicació de grau, posada en llibertat, etc.).

"H: Dentro de prisión nadie tiene ganas de nada y ¡estamos hasta la narices! ¡A mí me vienen a llorar al cabo del día 20000 personas!" (GD1).

"D: Cuando he estado con mi hija, entre la lejanía y la distancia [amaga el llanto]...es la verdad. Ahora no quiero tomar [drogas] para ser capaz de ser madre, para darle lo que necesita. Tengo los sentimientos para llenarlos con mi hija, ¿me entiendes? ¡Claro que siento vacío y preocupaciones!, lo que pasa que lo aprendo poco a poco, ¡no pasa nada si no lo hago todo perfecto!"(GD2).

La salut mental es veu minada pel procés d'internament però, en el cas de la salut física i la higiene, la majoria refereix que no té res a veure amb la condemna (quantitat d'anys d'aquesta) sinó amb la decisió i el comportament personal de cadascun.

"H: Es lo mismo, si tienes mucha condena o te quedan tres meses. Quien no se cuida, no cuida, te queden 20 años u ocho meses" (GD2).

"H: Eso es muy relativo, porque hay gente que viene para dos años y su comportamiento deja mucho que desear. Y yo llevo más años, ¡el que es guarro es guarro toda la vida!" (GD3).

También hi ha una crítica generalitzada de la dieta que es subministra a presidi que fa que en molts casos es decideixi menjar menys.

"H1: Yo en la calle estaba enganchado a la base y pesaba mucho más de lo que peso aquí. Y les pregunté que '¿cómo podía ser que pesara más de 70 kilos, y ahora peso 56 kilos?'.

D: Pero es que aquí la comida da asco.

H1: ¡Ahí está!, ¡y encima me han quitado las vitaminas!

D: Espaguetis a la carbonara que no llevan nada...

H1: Y te enseñó la foto que me hice nada más llegar, y se nota en la cara: he perdido un montón de kilos...

H2: Hay gente que cuando está con la base le da por comer. Pero yo entré con más de 100 kilos y ahora estoy en 90, ¡y estoy delgado!" (GD3).

Des d'un posicionament "prudent" s'argumenta en favor d' una autocura òptima que inclou fer exercici, procurar-se una bona alimentació i anar al metge o altres mitjans alternatius per cuidar l'estat de salut.

"H: Yo me ducho tres veces al día: por la mañana, al mediodía antes de comer y a la tarde.

D: El que se cuida fuera se cuida dentro. Si en la calle voy al gimnasio, aquí voy al gimnasio. Si en la calle hago dieta, aquí hago dieta. Si en la calle me ducho dos veces, ¡pues aquí dos!". (GD3).

"H1: A mí sí me duele la muela me tomo lo que sea. Si estoy cojo me pondré una prótesis. Y si me duele la boca me sacaré la muela ¡Es que son cosas lógicas!

H2: Lógicas para ti, para mí no... ¿Por qué se medican?

H1: Si te medicas es porque te hace falta.

H2: Sí, pero hay medicación pero no saben lo que toman...Yo prefiero buscarme porros y estar en paz, ¡no me digas tonterías! ¿Tú sabes lo que están tomando? (GD2).

Des del posicionament "prudent" existeixen crítiques als que "corren riscos" i deixen de cuidar-se o seguir controls pel seu benestar.

"H1: La gente no se cuida porque se quieren poco, porque no se cuidan.

H2: Son débiles de mente y pierden el sentido a su vida.

H3: A lo mejor es porque no son conscientes" (GD2).

"H1: Hay gente que está cansada.

H2: Hay gente que tiene eso...Hay un chaval que se lo llevaron al hospital de Terrassa para hacerse pruebas y pidió el alta voluntaria ¡No puede ser!, ¡¿porque un chaval que está enfermo diga que no...?! Se le debería decir: '¡ahora mismo!, ¡y te haces las pruebas!'" (GD3).

En general, pel que fa als serveis mèdics no hi ha molt bona opinió i en molts casos només es decideix fer ús d'aquests per seguir controls analítics serològics.

"H1: ¿Médicos? ¿Qué medico? ¡Ibuprofeno para todos!

H2: Son veterinarios...

H3: Yo solo me hago pruebas en momentos de riesgos. Cuando he tenido una práctica de riesgo yo me hago los análisis" (GD2).

"H: Yo me hago controles cada 6 meses" (GD3).

En el cas d'ús d'assistència sobre drogues refereixen anar voluntàriament al CAS (sobretot en el GD1 i GD2) i, en general, molts diuen haver acudit als programes duts a terme pels equips de tractament, dels quals parlarem al punt b.2.1 de tractament de drogues al medi penitenciari

## **b. Estar en risc: des de fora de la persona**

Els riscos de caràcter extern estan fora de control de la persona i depenen de les condicions de l'ambient-context, en el nostre cas de la presó, i de les relacions socials que s'hi estableixen. La intervenció des dels equips professionals serà determinant per mitigar els possibles danys com a conseqüència de les conductes

de risc portades a terme. Seguint Spink (2007), pel control dels riscos amb caràcter extern són necessàries les intervencions que enumerem a continuació:

- 1) Canvis de la percepció del risc a través dels canals d'informació
- 2) Canvis organitzacionals per un major accés i ús dels serveis sanitaris
- 3) Canvis estructurals per l'empoderament dels afectats.

A continuació analitzarem l'estat actual d'aquests punts segons les informacions obtingudes en el desenvolupament dels grups de discussió i al llarg de tota la investigació.

### **b.1. Informació de drogues**

La informació sobre conductes de risc arriba a presó per diferents canals, tant externs com interns. Des de fora, arriba a través dels mitjans de comunicació (TV, diaris, etc.). L'accés a Internet és nul, excepte en activitats puntuals supervisades per professionals. L'opinió dels subjectes sobre la informació que els arriba a través d'aquests mitjans no és del tot favorable, refereixen que és excessivament deformada i desajustada a la realitat. La que els arriba de les visites externes els sembla acceptable.

“H: ¿Qué quieres que te diga? A ver...es más informativo ‘Los Simpsons’ que el telediario”. (GD1).

“H: A veces vienen y hacen alguna actividad gente que viene de fuera...¡Que la gente se ha apuntado y que está bien!...” (GD3).

Des de dins, la informació arriba per diferents canals formals i informals. Els canals formals són el CAS, serveis mèdics i l'equip de tractament, més que la biblioteca. Els canals informals fan referència al “boca a boca” entre les persones que conviuen al centre.

La informació rebuda des dels canals formals, segons els participants, està repartida desigualment i parcel·lada depenent dels equips professionals que la transmeten. Segons els informants, des de serveis mèdics es transmet informació de malalties

relacionades amb el consum de drogues i les pràctiques sexuals (sobre prevenció i tractament de VIH, VHC, sífilis, etc.). Des dels equips de tractament, refereixen que la informació està enfocada a l'abstinència del consum de drogues i que aquesta apareix a la recta final de les condemnes quan s'apliquen els programes específics sobre aquesta matèria. Des del CAS, diuen que la informació es dóna habitualment en intervenció grupal, individual i jornades obertes a llarg de tot l'any: inclou informació dels programes de RD - PMM i PIX- respecte a pràctiques sexuals, d'autocura, etc.

"H: Yo tengo información [de servicios médicos] cuando nos hacen los controles [analíticas de sangre].

D: Sí. Yo, cuando nos pinchan aprovecho para preguntar, y además si me dan medicación yo me leo los prospectos y les pregunto" (GD3).

"H: Los programas [desde el equipo de tratamiento] solo lo hacen para los que están a punto de salir. Y para los que no están a punto de salir, ¿qué? ¿Toda esa desinformación?...

D: Si tú te mueves...a mí me decían que 'es muy pronto' y yo he hecho todo. Me da igual, yo me he movido.

H: Mucha gente que tiene problemas toxicológicos desde el primer día que ha entrado, y a otros, como no le iban a dar nada, no le han dado nada. Tienes información, corres riesgo que no deberías correr. Lo importante es cuando alguien te dice que algo no es cierto. Tú tienes una información y puedes decir 'no, no...eso no es cierto'. En cambio no saben que no te puedes contagiar si estás en la misma habitación con alguien infectado, y ¡Ostia! ¡¿Cómo que no sabe?!...Ese es el problema, que no se aborda la problemática hasta que ellos no lo ven conveniente". (GD1).

"Ent: ¿Hay suficiente información sobre PIX? ¿Quién os la da?

H1: Sí, la ATS que da la metadona.

Ent: Equipo médico, que no son del CAS, ¿os da información sobre el PIX?

H1: No, no, están en contra del tema este.

H2: Ellos deberían informar.

Ent: ¿Y el equipo de tratamiento?

H1, H2: ¿Qué dices? Ellos nunca te van a dar información sobre eso." (GD2).

Des dels canals informals, el "boca a boca", s'opina que molts manegen informació errònia o mal elaborada que pot portar a missatges erronis, sensacionalistes.

"H: Yo creo que deberían estar mejor informados, porque demasiada información a veces a alguno le vuelve loco.

D: Hay demasiada información manipulada. Pasa de boca a boca, y el que está consumiendo o está en consumo activo quiere que el de al lado consuma" (GD1).

Finalment, un altre dels problemes és la dificultat per acostar-se als canals d'informació, per la vergonya o el risc de ser estigmatitzat. Al GD2 es qüestionava la intervenció dels AS en dies puntuals com el "Dia mundial de la SIDA" o dia de Sant Jordi, dies en què s'aprofita per fer campanya en les "paradetes" del carrer Major de Brians 1.

"D1: ¿Os acordáis cuando en Sant Jordi dábamos las pinzas y el lacito que iba con un preservativo? Todo el mundo venía por las pinzas, ¡solo venían a por las pincitas!

D2: Bueno, pero con el rollo de las pincitas se llevaban algo de información, ¿qué quieres? ¡Aquí no hay pincitas! Las chavalas participan, lo importante es que se acerquen: 'deja que la gente se quede con lo que pueda'.

D1: Pues yo no conozco a nadie que se quede con lo que pueda.

Ent: ¿Quieres decir que a la gente no le interesa?

D1: Claro, eso mismo. La gente solo venía por la pincita.

H1: A la gente, si le das lo que le interesa entonces te escucha...

H2: A veces es porque les da vergüenza, no es porque no quieran...Es que a veces hay que tener más tacto. A la gente le da vergüenza decir 'yo me inyecto' porque eso no es de buen gusto.

H3: ¡ Pues no hay que tener vergüenza, hermano! " (GD2).

En conclusió, els participants refereixen que la informació que els arriba o reben des de dins de la presó, relacionada amb la prevenció i promoció de la salut i les conductes de risc, és bastant fragmentada, de vegades errònia i a través de canals poc fiables. Tanmateix, tot i la profusió de dades, sovint contradictòries, que els arriben des dels diferents equips professionals, la majoria sap on trobar la informació

adequada i a que professionals dirigir-se per determinades pràctiques de risc i autocura.

## **b.2. Intervenció de drogues.**

### **El tractament de drogues en els centres penitenciaris: entre l'obligació i la voluntat**

En el redactat del Reglament Penitenciari s'especifica l'objectiu de l'abordatge terapèutic de la persona privada de llibertat<sup>2</sup>. En la LOGP es recullen els criteris per a obtenir el benefici penitenciaris<sup>3</sup>. Ambdós aspectes tot i ser aparentment esclarits en la norma jurídica, a la pràctica esdevenen poc concrets i afavoreixen l'equívoc entre els membres de la comunitat penitenciària.

Existeix una pugna entre l'objectivitat de la norma i la subjectivitat de la vivència de la persona privada de llibertat: els criteris normatius no sempre coincideixen amb la motivació i la voluntat de la persona.

H1: Los programas solo lo hacen para los que están a punto de salir. Y los que no están a punto de salir, ¿qué? ¿Toda esa desinformación?" (GD1).

H1: Una cosa es cuando la cosa es obligatoria, no es cara a ayudarte sino de cara a justificar un sueldo...

H2: Si tú no haces el programa tú no sales...

H3: ¿Quién dice que es obligatorio?

H1: Yo, yo. Yo te lo digo

H3: Con permiso a la audiencia: no hay nada obligatorio...

H1: Si el juez te aplica la toxicomanía, estos se agarran a ahí y te tiene la obligación de hacer un MID....

H3: ¡Obligación ninguna!". (GD2).

---

<sup>2</sup> Mirar l'article 2 "Principis programàtics de la intervenció penitenciària en els establiments penitenciaris" del Títol 1 "De la intervenció penitenciària i dels centres penitenciaris".

<sup>3</sup> Mirar l'art. 76.2.c LOGP

“H1: Bueno. Y eso, y que también hay mucha gente que no quiere abordarse su problemática. Porque yo cuando entré, y me he pasado cuatro años preventiva y me he buscado alternativas...como me dijeron que estaba preventiva, que yo no podía hacer ningún programa ni que podía hablar con la psicóloga ni que podía hacer nada hasta que no estuviera condenada. Pues yo me moví, y me dijeron que en el CAS te ayudaban, y es cuando conocí al Enric...y también en Gerona...” (GD1).

“H1: Ya sé que no se puede hacer una gran inversión para una preventiva de consumo de drogas. Se debería saber de qué medios se disponen para poder abordarlo: si hay población reclusa que está dispuesta hacer programas un poquito férreos, sin perspectiva de salir, por ejemplo. Simplemente para mantener la abstinencia en prisión porque así maduras y es mucho mejor que quitarle días al juez consumiendo...Porque a fin de cuentas es una...Porque yo he estado de los dos *palos* y...

H2: ¡Esa idea es genial!, hace...pero ¿cuánta gente quiere hacer los programas?...Hay gente que quiere ascender, dejar el tiempo atrás, madurar...Pero te das cuenta que la mayoría hace los programas por *puta* obligación y luego nos los dejan salir.

H3: Yo no puedo hacer un MID porque tengo una cuenta pendiente...Y cuando falte tres meses ¡me van a venir a hacer programas...!”. (GD1)

“H1: Yo al respecto creo que los programas están de *puta madre* porque te hacen ver una parte de lo que te hacen o te hacen ver...Yo he estado en programas y te hacen ver...que la adicción es la punta del *iceberg*...A mí me lo explicaron en la terapia, yo me identifiqué muchísimo. Ya empiezas a ver que la adicción uno es la punta del *iceberg* y todo lo demás que no se ve ya es lo emocional, la familia, varias cuestiones que te llevan...¡Tú ya no más eres el culpable ni nada!, hay otros acontecimientos de la vida que igual te van arrastrando a eso y te los hacen ver...A ver, sabes que ...esto puede venir porque de pequeño ciertos abusos o...puede ser un desorden familiar, peleas o diferentes tipo de cuestiones...Ya eso me enseñaron aquí de *puta madre*, pero si uno no quiere, si uno no tiene la voluntad, ¿sabes?, ¡ya me rompí, mi madre! Y quiero...quiero aprender de esto...de esto de verdad. Y te lo quieren meter a la fuerza, ¡te lo quieren meter a *huevo!*...Como yo diría: ‘esto no sirve’, es como si estuvieras bañado en aceite y lo que te dicen te lo vas a estar resbalando.” (GD3)

El terme voluntat és una paraula clau, reiterada en els discursos de les persones informants. La voluntat té a veure amb el voler, amb la capacitat de crear objectius i portar-los a terme. És l'instrument per a poder culminar projectes de vida eficaços. Per altra banda existeixen els requeriments i les obligacions de la norma penitenciària. Aquesta moltes vegades no té en compte els ritmes de la persona, és a dir la voluntat de l'individu, sinó la seva particular situació penal.



En les narratives enregistrades existeix una constant comparació entre el tractament de les drogodependències que es fa a presó i l' existent a la comunitat. Com a aspecte clau en aquest debat obert les persones destaquen la diversitat de recursos existents a la XAD (Xarxa d'Atenció a les Drogodependències) i la manca d'oportunitats del tractament penitenciari.

"H1: En la calle hay herramientas, tienes el CAS.....pero tienes más alternativas.....En la calle si tú quieres hacer las cosas las haces, tanto buenas como malas...puedes acudir a un psicólogo....En la calle tú decides...." (GD1).

"H1: Vamos para atrás....Lo que pedimos todos son alternativas, actividades, hacer cosas, cosas que te motivan...Cada vez hay menos alternativas, no hay tratamiento personalizado...No hay soluciones, ni recursos." (GD1).

Existeix una demanda formulada a mode de vindicació comuna d'un tractament personalitzat aliè a estàndards i protocols, ja que aquests automatismes desvirtuen les històries de vida i deshumanitzen els processos vitals de cadascuna de les persones privades de llibertat.

"H1: No se leen ni los expedientes..."

H2: Estoy cansado de las mismas preguntas...las respuestas te salen de forma automática..." (GD1).

Tot i existir un reconeixement de la diversitat dels tractaments de la xarxa comunitària, se'n qüestiona l'eficàcia en els processos d'abstinència dels mateixos.

"H1: Aquí...mmm...todo es más complicado....El que quiere quitarse es más fácil en la calle..."

H2: ¡Nooo!, poco a poco aquí te puedes quitar....

H3: ¿Tú conoces a alguien que en la calle se haya podido quitar?...¡Hasta las trancas!...¡Cómo no pares aquí...!, ya te digo que no...Bajo mi punto de vista y no conozco ningún caso que me lleva la contraria...pero poco

H4: Aquí estamos más controlados..." (GD1).

L'objectiu, definit pels informants com el veritable, de l'abordatge penitenciari desencadena arguments no vinculats amb els beneficis relacionats amb el tractament i la reinserció sinó amb altres aspectes de tipus circumstancial.

“H1: Ponen un cartel y te preguntan si tú das permisos...¿Y qué?” (GD1).

“H1: Yo creo que los programas que ofrecen los centros no valen para nada, es para justificar el sueldo de los funcionarios...” (GD2).

“H1: Eso es mentira, te voy a decir la verdad...Si hacemos un tratamiento de toxicomanías es porque quieres salir a la calle, porque no conozco a nadie que haya ido a pedir ‘oiga que yo quiero quitarme y hacer un programa de toxicomanía’...Lo hace porque te lo exige el centro, si no aquí no iría nadie. Esos programas se lo han sacado ellos de la manga, se lo han inventado para retrasarte el tiempo de la salida...Y para que pases por donde ellos quieren que pases y justificar su paga, su esto y su *rollo*: ‘aquí trabajamos y, mira los chavales, ¡qué bien los tenemos!’...¡Eso es mentira, yo soy *yonki!* ” (GD4).

Els participants dels grups de discussió defineixen les característiques que sota el seu punt de vista afavoririen els processos de reinserció i rehabilitació penitenciaris. Destaquen la voluntat de la persona com a tret central en el tractament a presó.

“H1: Yo creo que estos programas funcionan cuando en verdad la persona lo quiere, porque hay gente que va ahí a escuchar y a ver si sale de permiso... (GD3).

“H1: Yo lo que quería comentar es que...Yo, por ejemplo, las drogas me enganché con 42 años aquí en la cárcel...Yo en la calle no la tomaba...al revés...lo sobrellevaba bien y tenía un establecimiento y llevaba una familia y todo correcto. Y yo me he enganchado aquí, en la cárcel, pero porque quiero y luego decido dejarla...y quiero dejarla...y la dejo. O sea, la decisión está en uno mismo y coger la fortaleza debida y apartarte de lo que te tienes que apartar y...” (GD3).

“H1: Los programas sí te ayudan, es una terapia, sí te ayuda...Porque por sí solo, por fuerza de voluntad son muy pocos los que se salen (...) Los programas te ayudan pero tiene que depender de ti, si no no te ayudan...Es el día a día... (GD4).

“H1: El tratamiento eres tú...[Refiriéndose a sí mismo]” (GD4).

“H1: Primero, que yo quisiera quitarme voluntario, que yo quisiera...” (GD4)

“H1: Un programa, desde mi punto de vista, yo no lo llamaría un programa yo lo llamaría un sitio que tú pudieras acudir cuando a ti te hiciera falta...No que sigas un programa, sino a partir que a ti hace falta una vez que has decidido dejar la droga, te sientas débil para que sepas que tienes ahí alguien que puedas acudir cuando lo necesites...No seguir un programa de: ‘Vamos hacer 6 meses de programa, ¿vale?’ ¡Pues como si hacemos 3 años!” (GD4).

Tot i estar d'acord en el valor de la voluntat individual en el tractament penitenciari existeixen apreciacions diferents sobre la definició d'aquest concepte.

H1: Por eso, como estás en el CAS no te hace falta el programa...Pero aquí la mayoría, el 99% que tiene aplicada la toxicomanía los obligan hacer el MID. Si no lo hacen no tienen permisos...

H2: Yo, esto...Luis, hasta cierto punto lo veo normal porque si a ti te estás diciendo 'porque consumes, delinques'. Que está claro que ellos te pidan un programa que se aseguren por lo menos, que si no te has puesto en condiciones para salir a la calle vas a volver a la misma...¡a la misma de siempre!

H1: ¿Sabes lo que veo? Que en cualquier problemática sacan una actividad...sacan una actividad para cubrir su sueldo, no hay más: conducta vial...alcohol...seguridad vial...para todo hay un programa

H2: ¿A ti nunca te han dado una oportunidad para salir?...¿y has salido?...¿Has estado en Sección Abierta?

H1: Sí. Me han dado permisos...me he chupado 9 meses de programa...Si no me los chupo, atiborrado de analíticas...yo no fuese pisado la calle...

H2: Es que algo nos tienen que pedir a cambio de la condena...

H3: Veo como dos cosas: cuando te hacen hacer algo y es obligatorio te puede ir mal; y que cuando algo es obligatorio y a ti te interesa, esa te puede ir bien, ¿estamos en eso?

H4: Yo soy el primero...

H5: Yo no tengo aplicada la toxicomanía en el juzgado y me están haciendo hacer obligado el programa de toxicomanías...

H4: Escúchame una cosa, Luis, aquí nadie te hace nada obligado ¿Es que te están metiendo una pistola en la cabeza?

H5: Es que si no lo haces no sales...Te lo pide el juez

H1: Te ponen la balanza y tira más la calle que un programa. Entonces si a mí me ponen el programa tengo que hacer el programa...

H6: Si no quieres salir no hagas programa...si te piden programa no sales si no lo haces..." (GD2).

“H1: Yo eso no lo considero así. Yo creo que aquí dentro no se lo ponen fácil a nadie, lo que pasa que hay personas que tienen más fuerza o más voluntad de aprovechar las oportunidades y otras no...¡Qué nadie piense que me lo han puesto fácil!...” (GD2).

En la narrativa dels participants existeix un qüestionament generalitzat de les seves sentències immillorablement exemplificat en les seves opinions respecte als atenuants, que consisteixen un cas paradigmàtic de com un benefici a priori pot esdevindre un obstacle. És a dir, l'aplicació de l'atenuat de toxicomania pel jutge a la sentència pot reduir la durada de l'estància a presó de la persona, però, per altra banda, la manté subjecta a participar en un programa específic de toxicomanies, que moltes vegades no vol realitzar, com a condició prèvia a poder gaudir de beneficis penitenciaris.

“H1: La mayoría de gente, cuando los pillan, dicen que ‘estoy enganchado a la droga’. ‘¿Por qué he hecho esto? porque estoy enganchado a la droga’. Y ese mismo juez te pone... eso de la droga

EN: El atenuante

H1: Entonces tienes que hacer el programa por cojones, pa salir ” (GD3).

La relació amb els equips de tractament és complexa, ja que existeix una doble lectura doncs tenen assignada una funció terapèutica respecte a l'intern alhora que han de decidir sobre les seves vides i sobretot sobre la seva futura llibertat.

“H1: Vas a la psicóloga y le quieres contar algo. Y no puedes porque ya te lo dice ella,: ‘jeso no!, ¡jeso no entra!’.

H2: O al rato...’vas a tener que hacer este programa: o este programa de seis meses o este de tanto...’ ” (GD3).

El CAS, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències, té com a objectiu l'abordatge de les persones privades de llibertat amb problemàtica per abús de substàncies. És un servei extern i per tant aliè als beneficis penitenciaris.

“ H1: A ver...voy a decir una cuestión...Cuando vino la chica del CAS y me dijo que esto no tiene que ver con los equipos de tratamiento...me empezó a hablar y ella me transmitió una *super* buena *vibra* y una confianza, y entonces me empecé a abrir. Ella me dijo, ella, que ni te afecta ni te beneficia en nada... Le dije: ‘¿segura?’. Eso me acercó mucho más porque yo tenía el miedo de que, ¡puta!, si yo le cuento algo y al rato me quieren meter en otro programa

o me dicen 'mira no sales por la adicción'...Pues,¿entiendes?...La verdad, yo tenía ese miedo." (GD3).

## **Programa d'Intercanvi de Xeringues: el no programa**

En general, des dels GD s'opina que el programa PIX és un bon programa per evitar contagis per la injecció substàncies. Tot i que reconeixen els efectes positius d'aquesta estratègia, la majoria refereix que hi ha dificultats en el funcionament i accés al PIX, entre elles, garantir la confidencialitat. Encara que des de l'equip que porta a terme el programa, el CAS, es fa un esforç important per protegir-la, molts refereixen que no es compleix perquè aquesta es viola des del cos de funcionaris de seguretat.

H1: Si hay un funcionario y pillan a alguien, ya...ya has *pillado* algo.

H2: Si tú tienes una máquina es porque tú tienes género.

H1: Pues claro, si no ¿para qué la quieres?

H2: Pues si estás consumiendo y tienes jeringuilla, ya se sabe...

D: Eso no lo tienen que saber, no sale lo de las jeringuillas [hace un gesto como si tocara un teclado de un PC].

H3: Se da a escondidas, que yo lo he visto." (GD3).

H1: Te voy a decir lo que pasó a mi compañero de celda. Le dejé una jeringuilla y a esa persona le hicieron un cacheo y le pillaron la jeringuilla y otras cosas, ¿cómo que los funcionarios saben que es de fulanito?

H2: Porque hay un contrato y tienen su nombre.

H3: Es confidencial pero no es confidencial.

H1: Pero es confidencial...pero como lo primero que te dicen es que '¿si estás en le PIX?'. Es lo que te dicen, ¿Por qué cuando te cachean saben que es de fulanito?

H2: Cuando te cachean, ¿verdad que te preguntan si tienes algo que corte?

H1: Sí. Pero cuando yo le enseñé la jeringuilla le digo que 'esa jeringuilla me la he encontrado en el patio'. Mi pregunta es: ¿por qué dan con la persona que es su dueño?

H4: Mira, más claro el agua. Yo le dejé una *chuta* a uno y se la *pillaron*, ¡y sabían que la *chuta* era mía!

H5: Mira, a ti te pillan con una *chuta* y no tienes contrato y a ti te van a meter un parte. Y van a ir subiendo escala hasta que salga quién la tiene autorizada ¡No tienes más puertas, por muy confidencial que sea!

H1: Entonces, eso de confidencial...no es confidencial.

H5: Es confidencial 'entre comillas'." (GD2).

"H1: Pero tenemos otro problema: si tú tienes una jeringuilla se va a enterar...se entera la junta. Se enteran los guardias, ¡se entera hasta el director! Y ya no te van a dejar salir a ti ¿Tú me entiendes, lo que te quiero decir?: 'este, este no va a salir a la calle'.

H2: Eso es una trampa. Ellos ponen eso ahí.

H1: ¿Cómo vas a pedir una jeringuilla?

H3: Cacheos, persecuciones...'Que si yo me pincho te vamos a pegar'...y no sales.

H2: Lo ponen ahí y en base a eso ellos actúan...O sea, parece una trampa...Entonces, la gente que las pide habitualmente, la gente que está en el patio no va a ir a pedir las. Hay gente que a lo mejor no quiere dar la cara. Yo si tuviese que hacerlo no sería de darla porque tuviera que hacerlo, sino por evitar que luego tenga a los guardias tocándome los huevos.

H3: Eso es como que tú estás atracando en la calle y vas a la comisaría a pedir una pistola" (GD4).

Una altra de les limitacions a nivell organitzacional és que no en tots els mòduls es permet tenir la xeringa i això fa que s'obligui als reclusos a canviar de mòdul per poder disposar-ne.

"H1: Yo, en mi módulo han pillado a gente con jeringuilla del PIX y te dicen que 'te tienes que ir al MR3'.

Ent: ¿Cómo lo veis, eso?

D: Mal, fatal. Porque luego se la pasan y *pillan* de todas las enfermedades que hay hoy en día." (GD3).

Evidencien la limitació en la flexibilitat i rapidesa del programa, considerant lent el procés per accedir al material de venopunció.

"H1: Porque hay veces que si tú estás enganchado y a ti te apreta el mono, sinceramente, tú no vas a esperar a un servicio médico a esperarte a que te la traiga por la tarde. Cuando tú a lo mejor estás consumiendo en un patio y estás de mono...Y no te vas a esperar, y la vas a limpiar con lejía o con lo que tengas y la vas a usar.

H2: A parte porque no quiere dar la cara es por una sencilla razón, es por comodidad. A lo mejor somos tres amigos y tenemos una bola de caballo y si tenemos que buscar tres jeringuillas para los tres estamos perdiendo el tiempo. Esto hay que hacerlo rápido, es muy sencillo: aquí hay una bola, hay un tapón y hay una jeringuilla 'A ver, ¿quién es el primero?', 'pues venga, tú primero': pam, pam, pam, ¡y venga!, ¡y yastá!, ¡y se acabó la historia!" (GD4).

Davant la dificultat per garantir la confidencialitat, els participants parlen de possibles estratègies per romandre en l'anonimat i proposen d'altres a tenir en compte pel personal responsable del programa.

"H1: Si tú vas a pedir una jeringuilla, porque llevas muchos años de cárcel, eres suficientemente inteligente que si tú un día te quieres meterte un pico no la vas a coger tú. Cogerás a cualquier *mandril* del patio que la piden habitualmente y le dirás 'eh, tú, arranca y tráeme una'. Porque yo no quiero estar en boca de nadie con 43 años, media vida en la cárcel y 'míralo, metiéndose picos en la cárcel todavía'... Pues mandaré un *mandril* y de esa manera no se enteraría nadie.

H2: ¿Esa cosa que yo he dicho, ha pasado?

H1: Claro, claro. Y seguirán pasando....Bueno, yo me callo ya que si no....

H3: Yo creo que aquí estamos hablando de la heroína inyectada, de pincharnos, y eso hoy en día ya no se lleva. Antes, el que tenía una jeringuilla era como el que tenía un piso en alquiler porque era el que vivía en la cárcel. Tenías tu jeringuilla y tenías asegurado tu droga, tus cartones y tu supervivencia, y de esas jeringuillas se pinchaba media galería. Y ahora mismo si tú quieres una jeringuilla, como ha dicho aquí mi amigo, vas y mandas a cualquier *mongol* del patio y te trae una jeringuilla. Pero sabes lo que pasa, que no se hace...no se hace porque la gente ya no se pincha. Porque la delincuencia que está entrando de la calle no se pincha, y los que nos pinchábamos o nos pinchamos, o lo que sea, somos los mínimos y somos dinosaurios: estamos en peligro de extinción.

H2: Y si no hay jeringuilla te la puedes hacer con un *boli*.

H1: Con un cuentagotas, con el puente de un reloj... " (GD4).

"H1: Es que los guardias eso lo ven y eso es confidencial y no tendrían porque saberlo...Eso es suyo porque eso es confidencial.

H2: Tendrían que dártela con un código y tu *chuta*.”(GD2).

D'altra banda, hi ha crítiques pel tipus de material que es dispensa. La xeringa és d'agulla retràctil i, de vegades, si l'èmbol es manipula malament pot arribar a detonar el moll de dins fent saltar l'agulla. Això pot provocar que la persona perdi la seva dosi i en el pitjor dels casos que busqui una altra xeringa de curs il·legal o manipulin la que tenen per finalitzar la injecció. Opinen que s'hauria de dispensar més d'una xeringa per evitar-ho.

“H1: Las *chutas* retráctiles son un atraso.

H2: ¿Las *chutas* retráctiles son un atraso?...

H1: Sí. Porque la gente, por no bajar el émbolo hasta abajo para que no salte, la limpian todavía aún peor. Y si empujas y te salta...Yo los he visto que se la han metido hasta con la misma sangre. Es un atraso que la aguja se pueda echar para atrás.

H3: Deberían dar dos. Yo he perdido picos por...decían: ‘no, hasta abajo, no’....

H2: Yo los he visto que por miedo de bajarla hasta abajo se la han metido hasta con sangre” (GD2).

Com veiem, les propostes que realitzen els Agents de Salut del GD2 estan molt relacionades amb les propostes de millora dels PIX en presons reflectides en els estudis a nivell nacional (Crespo i Codern, 2010) i internacional (Lines et al., 2006).

### **b.3. Factors de protecció: empoderament**

El terme empoderament prové de la noció *empowerment* implementada als 70 com a resposta crítica a la ineficàcia de les polítiques institucionals, que discriminaven a moltes persones subjectes d' intervenció (Montero, 2003 citat a Torres, 2009).

Entenem aquest com el procés a partir del qual l'individu és inclòs en la seqüència de presa de decisions sobre la seva vida, de la que a priori estava exclòs, quan pren consciència de les seves capacitats i potencialitats (Lugo 2004). És tracta d'un procés de recerca i treball individual que afavoreix la transformació de la persona, a partir de promocionar la confiança en ella mateixa, la identificació dels factors de risc i la seva capacitat de resolució de les seves necessitats.



“H1: Pues en esta vida siempre te estás cayendo y levantando...aquí la vida es caerse y levantarse. Lo bueno es no caerse dos veces en la misma piedra ” (GD2).

L'empoderament no és únicament una acció o un conjunt d'accions sinó un procés a partir del qual la persona passa del raonament conscient sobre un mateix a actes que definiran el seu propi estil de vida (Mc Whirter, 1991 citat a Lugo, 2004).

“H1: Vale, si tú estás en la cárcel igualmente tú tienes que tener unas metas, unos objetivos, un plan de vida...Si te dedicas a pasear por el patio, a que pase el tiempo, jeso no es vida!...Tú tienes que aprovechar las oportunidades que te dan, por ejemplo me estoy sacando el graduado porque en la calle no me lo saqué...Tengo tiempo, ¿por qué no lo voy hacer?...

H2: Lo puedes ver de dos maneras. Puedes decir: ‘ay, pobrecito de mí’ y quedarte ahí tumbado como una mierda, desaprovechando el tiempo. Tienes que pensar ‘este es mi error, la cagué’ y responsabilizar...,y bueno ‘ya que estoy aquí intento aprovechar el tiempo lo mejor posible’: hago ejercicio, leo, intento aprender todo tipo de cuestiones, diferentes actividades...

H3: Yo, en la calle no leía ningún libro y ahora me estoy leyendo 30 libros cosa que no hacía yo en la calle...” (GD3).

Aquest canvi que s'origina en l'individu, ahora influeix de manera directa en el seu entorn més immediat (Torres, 2009).

La capacitat de l'individu li permet i li ofereix l'oportunitat de tenir poder en la presa de decisions en relació al seu projecte de vida, és a dir a decidir sobre el seu present i sobre el seu futur. El treball en relació a l'empoderament “necessita orientar-se cap al desafiament de les estructures opressores i nodrir les relacions que habiliten a la gent a enfortir el control de les seves vides” (Labonté, 1994 citat a Torres, 2009: 92).

“H1: Deberían fundar algo que lleváramos lo presos...”(GD1).

“H1: Debería haber una asociación de internos...” (GD1).

“H1: ¿Existe la asociación de los presos? No te puedes unir porque te ponen de primer grado...Esto es legal...¿Lo ves como estamos vetados?, ¡¿cómo te vas a defender?!...”(GD1).

“H1: Son normativas...no puedes estar aquí por normativa...” (GD1).

“H1: Desde dentro no se puede hacer nada, ¡desde fuera ya veremos!...” (GD1).

### **c. Apunts sobre elements estructurals en la realitat penitenciària.**

Tal i com hem assenyalat anteriorment, entenem el risc com un element que pot esdevenir des de la persona (“córrer riscos”) o des de fora de la mateixa (“estar en risc”). La complexitat del concepte ens empeny a considerar l’empresonament i el gènere com dos elements claus en l’anàlisi d’aquest en les persones privades de llibertat, tant a l’hora de estar com de córrer riscos.

#### **c.1. Empresonament**

Existeix una seqüència protocolaritzada per a fer efectiu l’ingrés a un establiment penitenciari d’una persona amb sentència de pena de privació de llibertat. Aquest estàndard disciplinari d’entrada i adaptació al medi penitenciari genera efectes imprevisibles en les persones.

“ H1: No son las secuelas de la droga sino las secuelas de la prisión.... (GD1).

D1: Sin querer se hacen daños colaterales...estamos cerrados...es el sistema y es mucho, la presión es mucha...Yo me he ido del [Módulo] uno, del 2 y no sé si hay más presión aquí ¡No sabes nunca que es lo próximo que te espera!,¿cómo luchar con lo que te encuentra?, lo que te gusta y lo que no te gusta...Y porque me tengo que callar ante el abogado....pero porque...pero lo tienes que hacer: es el sistema en el que estamos, en prisión ¿Maneras de luchar? Ser optimista y ‘procura de no volver’. Cuando salgas buscar otras alternativas para no volver aquí... (GD1).

H1: Siempre que leen tu expediente te están etiquetando...Pero yo me pregunto ‘¿la droga te deja secuelas pero y las secuelas que te deja la cárcel? Porque a mí me duele más la cárcel que la propia droga...son más duras...son prejuicios que yo tengo conmigo mismo y la sociedad. Eso no se mira, aquí hay gente que dice: ‘yo salgo y todo de color de rosas’. Pero están los problemas que dejaste mas lo que has fabricado durante estos años...Aquí te juzgan y el que diga que no es mentiroso. Yo me estaba protegiendo, esas cosas no se miran, no se trabajan...Soy un toxicómano, ¿qué toxicómano con la cantidad de años que yo llevo...?’ (GD1).

“H1: Esto es un trauma para toda la vida. Te vuelves mas desconfiado, te vuelves malo y desconfiado...” (GD3).

La literatura científica identifica dos tipus d'impacte: un empresonament de tipus superficial i una altre més profund (Echevarri, 2010). Entenem el primer com la influència que s'esdevé de qualsevol període de privació de llibertat on la persona assimila el seu nou rol i intenta adaptar-se al medi penitenciari, és a dir, aquesta variable es contempla en la totalitat de la població penitenciària. Pel contrari, l'empresonament profund coincideix amb les conseqüències de la institucionalització. Les variables que en aquest estadi es desenvolupen es centren en l'adaptació total a les circumstàncies penitenciàries i, per tant, existeix una assumptió de la subcultura carcerària (Goffman, 1994 citat a Echevarri, 2010).

Goffman anuncia un seguit de conseqüències que ens permeten desxifrar l'efecte de l'empresonament en les persones internades (Goffman, 1994 citat a Garcia-Borés, 2003):

- *Desculturació*: efecte que incapacita a l'individu per a la posterior adaptació a la societat, ja que al llarg del procés d'empresonament ha perdut el sentit de "normalitat" fruit de l'aïllament de la realitat social externa i la privació de l'autonomia individual.

"H1: Depende, te hace más malo o te hace más vivo.

H2: No, no. Porque yo soy viva y te hace ser mala. Yo no confío de nadie.

H1: ¿Tú eres viva, no? Ahora, con el tiempo que llevas, yo te digo que eres más viva que antes. " (GD3).

- *Mutilació del jo*: les pròpies característiques institucionals arrabassen la identitat individual de la persona interna. La separació del rol social, la manca de pertinences, la omnipresència de control i vigilància, les obligacions relacionals, la manca d'intimitat...minven els trets individuals que conformen la identitat del subjecte.

"H1: Lo único que tenemos como nuestro espacio personal es ese pequeño espacio donde tenemos nuestra ropa y nuestra cama. Y que lleguen y te violen tu intimidad de esa manera... y no puedes hacer nada ¡Eso toca mucho las pelotas! Ya no te atreves a decir, bueno, yo no me atrevo a decir a que te vayan a reventar la cara al rato" (GD3).

Certes experiències individuals afavoreixen la sensació de mutilació de l'ésser i per tant la vivència d'estar en un procés de sanció desproporcionat i constant.

"H1: Los de azul son enemigos nuestros, y son nuestros secuestradores, y todo lo que sea así tiene *síndrome de Estocolmo* porque nos tienen aquí y si no que nos abran la puerta...

H2: Yo cuando voy al despacho porque me han avisado a veces voy (como intimidado)...Un día que fui al cine y a la vuelta tenía un paquete y le pregunté al funcionario: 'Oiga, ¿mi paquete?', y me dijo '¡búsquese la vida!'

H3: Mira, aquí te tienes que agachar y somos corderos...y apechuga: 'sí señor, sí señorita'...Eso aquí porque en la calle...ja, ja ¡En la calle no me calla ni mi madre!

H4: Ellos mandan, yo digo lo mismo...Si ellos me insultan, yo insulto ¿Cómo acabara esto? No sé cómo acabara esto...Pues acaba *chapao*. Pues sí, pasan 3 meses...pues vuelvo al módulo otra vez ¡Y yastá! Ellos mandan y ellos mandan...

H5: Por eso la gente se come la condena a pulso." (GD3).

- *Alta tensió psíquica*: les condicions penitenciàries, tant regimentals com de infraestructura, afavoreixen un clima d'alta tensió emocional i psíquica.

El malestar emocional en moltes ocasions genera ràbia i violència en els interns. Aquests aspectes obstaculitzen la seva progressió penitenciària, ja que desencadenen actituds conflictives tant entre ells com amb els professionals del centre, així com recaigudes en el consum de substàncies.

"H1: Si uno está mal de la cabeza sale cargado de odio, sale reventado...

H2: Entrás con la autoestima baja y aquí te la pisotean.

D1: Es su manera de tener el poder...

H3: Es que lo tienen...

D1: Pero tú tienes que ser más fuerte y no dejarte putear...Oye, que a mí también me han *puteado*, ¿qué os pensáis? ¿Os creéis que me voy de rositas?..." (GD2).

"H1: En la prisión parecemos corderitos pero podemos ser leones con dientes y sé dónde trabajan...¡Es lo que sé!...Soy un cordero, ¡ya veremos en mayo de 2014!" (GD3).

- *Creació d'un estat de dependència*: la manca d'autonomia individual, l'abolició de les seves responsabilitats com a subjectes de drets i deures, i el marcatge

exhaustiu per la norma i per la programació de les rutines diàries generen estats d'indefensió apresada que aboquen a la dependència.

“ H1: Yo cuando más me siento preso es cuando me abren y me cierran la puerta ¡Yo ahí me mata!, en vez de decir ‘recuento’ me dicen ‘*talego*’. Llevo casi 5 años y eso es lo que más me mata... (GD3).

- *Sentiment de temps perdut*: les carències a nivell social e individual sumat a un gran nombre d'exigències normatives, incapaciten a les persones i promouen sentiments de desapropietament i d' inutilitat.

“H1: Tú has perdido tiempo pero no a tu hija...” (GD.2).

- Producció d'una *actitud egoista*: es generen dinàmiques individualistes que promouen actituds interessades.

Aquest tipus de relacions subjectives e individualistes es desenvolupen també respecte a la família com a estratègia per a la supervivència emocional.

“H1: Tener el coco en la calle, pensando en mi hijo, mi hermano...Tener un problema y que no pueda hacer nada.

H2: Limitación de movimientos.

H3: Estoy de acuerdo con todos, pero si te comes la cabeza hay que dejarlo pasar.

H4: Si la familia tiene un problema tú estás limitado, no puedes...

H3: Yo tengo problemas pero no puedo” (GD2).

Cal afegir que les relacions que s'estableixen dintre de presó també mantenen aquest tarannà aïllat, retret i alhora de desconfiança.

“H1: No sé. A veces tendría ganas de desahogarme y a lo mejor no te lo cuento porque no me apetece.

H2i: A mí no me gusta contárselo a la gente...no soy de ir...Tú lo sabes, Coke...Yo a todos los amigos no se lo puedo decir, hay dos o tres en concreto que sí” (GD2).

- *Estigmatització*: l'assoliment del rol de reclús i/o ex-reclús genera una etiqueta a nivell individual i social que absorbeix la particularitat de la persona provocant pors a l'individu i rebuig social.

“H1: La gente que llevamos unos apellidos: este, este, este, ese...Nos lo ponen más difícil por *rollos* que traemos de otras cárceles...por *tracas* con los guardias,¿vale?

H2: Claro, y ahora, después de muchos años quieres cambiar y ya no se lo creen.

H3: Si a ti te etiquetan de *drogadicto*, de *traficante*... Eso siempre va estar contigo, te va acompañar a donde tú vayas. Porque hoy en día meten un *pendrive* y sale todo tu vida” (GD2).

Al text citat, Goffman (1994), tot i evidenciar les set categories anteriors, planteja que l'especificitat dels efectes de l'empresonament seran de tipus particular, ja que derivaran de situacions concretes de cada persona.

Per algunes persones l'entrada a presó ha estat l'única alternativa a estar mort, és a dir la presó ha estat una conseqüència valorada com menys costosa que altres.

“H1: Lo que creo yo la droga solo tiene dos caminos: o la muerte o la prisión, ¡ya está! ...O quedarte *lelo*... o quedarte *lelo*, ¿me entiendes? Dos caminos: la muerte o la prisión.” (GD3)

“H1: Si no caigo en la prisión, ¿que hay? Si no caigo aquí ¿Dónde acabo?...¡En una tumba!” (GD3).

Per altres persones internes, la presó és una fase de la seva vida, adjectivada com a dura, però a partir de la qual han après a aturar-se, valorar i a decidir sobre el seu present i el seu futur.

“H1: Yo voy a opinar que la estancia aquí es una etapa más de nuestra de vida y dentro de ello, ya sea más largo o sea más corto, las sensaciones que no podemos sentir fuera las sentimos aquí dentro.”(GD3).

“H1: Sí que es un trauma pero si lo haces bien - para tu cabeza lo haces bien - y te ayuda...” (GD3).

Trobem, també, discursos particulars on es fa referència a l'empresonament com una opció heretada des del nucli familiar. Existeixen entorns familiars que es construeixen i conviuen relacionats als establiments penitenciaris de manera natural.

“H1: Yo he vuelto a casa....¿Sabes lo que pasa? Que mis padres se han conocido en esta cárcel, estoy como en casa... [risas] ¡Es verdad!... ¡la *chachi!*” (GD3).

Les veus de les persones participants en els grups de discussió han evidenciat canvis en les normes no escrites, és a dir afirmen que els codis informals de les persones recluses s'han vist modificats. No s'especifiquen les causes d'aquestes transformacions encara que es valoren com a favorables per al clima quotidià.

H1: La cárcel ya no es como antes...antes entraba uno y se lo *festivaban* entre medio patio y se lo follaban...

H2: Tú veías que entraba un *chavalillo* de la calle y acababa en la calle *chupando polla*...

H3: Yo lo he visto que se lo casaban y lo vestían de novia, y le pintaban con *retulador* la cara...

H2: Antes, o entrabas en un patio y marcabas tu territorio o te digo tú que ya se jodían tu....

H3: Te digo yo que parecía una niña. Y lo vestían de novia y los otros hacían de cura y lo casaban, lo pintaban. Y en vez de Juan le han puesto María...Y lo declaraban marido y mujer...Eso en mis tiempos ¡ahora, ya!...

H4: Eso no pasa con los presos más respetados.

H2: Respetado es el que se hace respetar.

H1: Será tonto aquí dentro pero fuera en la calle no será ningún tonto...

D1: [habla de la comparación de las prisiones de Chile y España]

H3: Hay que diferenciar el respeto del miedo.

H5: Hoy en día quien abusan en las cárceles españolas es porque es un *gilipollas*...hoy en día a quien le *dan por culo* es porque quiere..." (GD2).

## **c.2. Gènere i drogues**

Els establiments penitenciaris reclouen a persones privades de llibertat imputats per la comissió d'uns fets tipificats com a delicte. En el Reglament penitenciari es recull, en el article 4.2 del Títol, "Sens perjudici del que s'estableix amb caràcter general per a tots els establiments penitenciaris, el règim i la configuració dels establiments dedicats en exclusiva a dones, a joves, a preventius/ives i a penats/ades hauran d'observar les singularitats i adaptacions exigides per fer possible en millors condicions les finalitats de l'execució penal".

Parlar de homes i dones internes o privades de llibertat permet, a nivell institucional, garantir una estructura ordenada que alhora, i en algunes ocasions, respecta els drets individuals d'uns i altres com a éssers particulars. D'altra banda és important

tenir en compte la complexitat existent en la definició i desenvolupament de les identitats de gènere en un centre penitenciari. Ser home o ser dona és quelcom que es va construir a partir de les interrelacions entre el cos, la ideologia, les relacions socials i les institucions (Esteban, 2006).

En la realitat carcerària cal destacar la identitat de gènere com un element de ordenament institucional, tot i que podria ser una variable d'orientació en els processos penitenciaris de les persones internes.

Quan parlem d'identitats de gènere, tot i evocar a les tipificades identitats femenines i masculines, cal evidenciar la convivència amb d'altres realitats com poden ser les identitats transexuals, oblidades en l'ordenament penitenciari i qüestionades per a la resta de persones internes.

Tot i no ser un dels objectius de la recerca, en el desenvolupament dels GD s'ha generat debat en relació a certs aspectes relacionats amb la construcció de gènere existent en el medi penitenciari.

Les relacions sexuals en els centres penitenciaris, tant catalans com de la resta de l'estat, estan contemplades com un dels drets de la persona interna. De nou la norma carcerària esdevé transformada des de la realitat de les persones preses.

“EN: La última pregunta íntima, ¿qué piden los hombres a una relación en prisión?”

H1: Que le asistan cuando salga a la calle....

H2: Sinceridad...

H1: Lealtad, que dure la relación....

D1: Apoyo....

H3: Los hombres piden lo mismo....

D2: Sí, sí. El hombre promete promete hasta que la mete

EN: ¿Qué pedís las mujeres?

H4 y H5: Aquí piden ellas peculio....

D2: Lo que yo veo...droga y folleteo....



H1 y D1: La llave y que me mandes dinero...

D2: Aquí, una relación seria y de respeto todavía no la he visto, y punto...Y en mi relación solo he respetado yo...

H1: Sí, pero yo he conocido buenas relaciones. Yo tuve un amigo que conoció una aquí y se han casado y han tenido hijos, y viven en una casa...

D2, H6: Sí, sí. Peor, pocas, pocas....

D2: Antes yo era un *lerda*...No creer en las relaciones de las cárceles de la ...

H1: ¿Sabes qué pasa? Que cogen el *boli* y el *boli* es muy mentiroso. Yo con un bolígrafo te puedo decir..." (GD2).

Els diferents participants dels grups entrevistats, tant homes com dones, comparteixen parer respecte a que a presó les relacions sentimentals s'instrumentalitzen. En contrast amb l'anterior es destaquen altres lligams romàntics i estables.

"H1: Yo con mi mujer, aquí, llevo muchos años....Si alguien me dice algo de ella le pego porque nadie puede juzgar a ella...Esos son unos *chismosos*. Te tiene que entrar por aquí y salir por aquí.

H2: Una relación es entre dos ...no vale el qué dirán.

H1: Nadie puede nombrar a mi mujer. Quien me la nombre le pego." (GD2).

Les relacions acceptades per la cultura carcerària, tant la formal o promoguda per la institució com la definida des dels paràmetres de la població internada, són les relacions sentimentals heterosexuales, tot i que hem pogut observar que són valorades com esporàdiques i subjectes a interessos que van més enllà dels aspectes emocionals. Les relacions homosexuals estan mal vistes sobretot les relacions entre dos homes.

"D1: Las hay que están en el marido y luego con la marida.

H1: Eso es más normal porque esta mejor visto...En prisión esta mejor visto dos chicas que dos chicos con bigote.

D2: Para, es normal las dos cosas. No se le etiqueta a nadie porque el sexo es libre y si se quieren que se quieran.

H2: Yo, las mujeres las entiendo, ¡pero dos mujeres!...

D2: Pero yo no pienso que dos hombres sean menos 'hombres' por ser homosexuales... Porque tengo amigos homosexuales y son muy hombres.

H1: Pero no es lo mismo en la calle que en prisión.

D2: Porque la sexualidad es libre... No vamos a entrar qué es ser más hombre o menos hombre.

EN: ¿H1, por qué es diferente?

H1: Por el rechazo. Dos chicos *gays* en el patio están rechazados, no los quieren en su mesa, ni en su lado, no bebes de su café, ni en la mesa... ni en el patio... existe rechazo.

H3: Lo normal, ¿está chupando pollas y vas a beber de su café?

H1: Si te lo meten en la celda ya le puedes decir que se *pire*." (GD2).

Les definicions de gènere esdevenen valors dinàmics en els que són determinants diferents factors culturals i institucionals, entre d'altres, on l'ésser i els grups socials hi tenen un paper actiu.

Les veus que parlen i valoren el consum de drogues de les dones i dels homes perfilen dos posicions enfrontades: podem dir que hi ha un enfocament que estableix de manera rotunda que existeixen diferències entre els homes i les dones, i per altra banda s'han enregistrat d'altres opinions que neguen aquesta afirmació.

"D1: Vicio es vicio.

H1: Yo creo que no hay mucha diferencia... Tanto hombre y mujeres es lo mismo, nos gusta lo bueno, y ,por desgracia, nosotros de pequeños siempre ha habido kilos y tonterías de estas... Y he crecido en ese entorno, y ¡mira dónde estoy!... con una condena de 8 años. Si hubiera crecido en otro entorno, si mi padre fuera arquitecto y mi madre hubiera sido modelo, pues a lo mejor sería otra cosa." (GD3).

Quan s'aprofundeix en el tipus de consum s'assenyala una substància concreta com a substància problema en el consum de les dones, la cocaïna.

"H1: Las mujeres son más marchosas.

H2: Son más viciosas...La que era mi mujer era una aspiradora que se tiraba dos días sin parar, y le tenía que meter dos pastillas en la boca y 'jéchate a dormir ya!'...¡Y no veas el rollo!...Es por eso...

H3: Yo lo he visto, a nosotros nos dices fiesta...piensas heroína o porros...Pero aquí, en dones, te dicen...se te presentan con *farlopa*...'¿Pero, qué haces con *farlopa*?'

H1: *Marchosas*...Yo nunca he tenido una mujer que esté enganchada...Sí he visto en las discotecas, que me he buscado una novia y he visto que se toma dos cubatas y no sabe ya...Y lo primero que 'de eso...¿tienes *coca*?'. Es despejarse y a través de esa raya empieza a sumarse y quiere más *coca*, más *marcha* y más *coca*...Y también he conocido mujeres que por una raya de coca se han acostado con hombres, ¿vale?, y eso lo sabemos todos.

H2: Yo en el 2009 he llegado al barrio y he sacado una bolsa y con que la saques...Bueno, con que sepan que tienes...que tienes una bolsa, se te pegan tres o cuatro para que le pagues la fiesta [EN: eso es que eres guapo]...No, no...He visto cosas muy raras por ahí...lo que es guapa es la cocaína...Las mujeres están acostumbradas a eso, las hemos acostumbrado nosotros a eso. Claro, las llevas a las discotecas y ahí no te vas a meter un pico, entonces ellas se tiran al rollo de la coca...Lo que van viendo, tú le hablas de caballo y dicen '¿eso, qué es lo que es?', lo que quieren es rayas de cocaína..." (GD4)

Cal evidenciar que en cap dels diferents debats proposats s'ha relacionat el consum de cocaïna, diferent entre dones i homes, amb les possibles causes del mateix. Aquest fet ens trasllada a establir com a hipòtesi que l'estereotip social de les dones consumidores es construeix aliè a qualsevol procés empàtic i de comprensió social; i que en conseqüència pot generar afectacions en els processos tant de consum, establint itineraris de consums abusius i destructius, com de recuperació, degut a l'ocultació de l'autèntica problemàtica existent (Conace y Min. Int. Chile, 2004).

Les dades quantitatives ens han aproximat a una realitat que s'ha volgut contrastar amb l'opinió dels participants dels GD. S'ha demanat, als homes, que valoressin els possibles motius de les dones per accedir més al PIX. Les opcions recullen, de nou, clixés estereotipats tot i que en el debat apareixen arguments a tenir en compte.

"H1: Porque son más inconscientes..."

H2: Yo creo que es opuesto a eso....precisamente es porque se conciencian más.

H3: Se conciencian del problema que tienen.

H4: Una mujer con anticuerpos lo tiene todo perdido en la vida. Sin embargo, sin anticuerpos puede utilizar su cuerpo para una ventaja.

H2: Yo veo varias salidas, o porque el número de adictas es mayor o porque lo otro...están más concienciadas para cuidarse.

H1: Estoy convencido que si preguntas a todas esas que usan el PIX que cuentas '¿lo ha usado en la calle?', te quedarías sorprendido que ninguna o casi ninguna lo ha utilizado...Estas cogen una *postura*, saben que le van a dar una jeringuilla y lo cogen.

H4: Es que siempre han dicho que son más viciosas...Un hombre enganchado...No sé, hay mujeres que enganchadas tienen más peligro que un hombre.

H1: Yo creo que empiezan aquí a inyectarse.

H1: Es que ellas se apuntan a todo..." (GD4).

Sobre l'accés al tractament, els participants no estableixen diferències entre les dones i els homes. Existeix per tant una percepció d'equitat en el tractament de drogues que es dona als membres d'un i altre sexe en el sistema penitenciari.

"EN: Hay diferencias...¿Por qué los hombres acceden al tratamiento de drogas y por qué las mujeres acceden al tratamiento de drogas? ¿Hay diferencias en eso?

H1: No.

Todos: Es lo mismo." (GD2).

Destacar les diferències existents entre les dones i els homes en els processos d'encarcerament no té com a objectiu incentivar la visió tipificada com a dualista de la societat penitenciària, ni tampoc establir un criteri rígid sobre els mecanismes diferencials de funcionament d'homes i dones. Aquesta anàlisi poc profunda també s'allunya de l'estètica del valor del gènere en les recerques actuals i simplement vol ser un primer esbós sobre el que treballar en futures investigacions.

Tenir en compte les diferències i les particularitats individuals, el gènere, la classe social, l'edat, l'ètnia, les relacions socials i la territorialitat ens permetrà conèixer les diferents motivacions del consum de drogues i les causes dels comportaments de risc, i per tant afinar en les possibles opcions per afrontar-los.

#### **4.2.4. Síntesi dels resultats qualitatius**

##### **a. Córrer riscos des de dins de la persona**

##### **a.1. Context penitenciari i consum de drogues**

###### **Consum vs Abstinència**

Les drogues són una via per a escapar de la quotidianitat, un vehicle que minimitza el malestar i que, en conseqüència, estimula als internats en un entorn penitenciari tinguin o no problemes amb aquestes.

Els patrons de consum de la població penitenciària es modifiquen respecte als que tenen en la comunitat, tot i que existeix un tant per cent de persones que els mantenen. La percepció que es té dels problemes que es deriven de l'abús de drogues es manté i en alguns casos s'agreuja degut a que l'individu encarcerat viu en primera persona les conseqüències directes de l'addicció a les drogues.

###### **Quines substàncies consumir?**

Existeix un consum predominant de substàncies depressores, com l'heroïna i algunes medicacions psicotròpiques, així com de cànnabis. Aquesta elecció s'estableix tenint en compte l'entorn on es consumeix, és a dir l'adaptació al medi condiona la substància a consumir. La cocaïna es considera una droga excessivament estrident, pels efectes sobre la vida penitenciària que té el seu consum. Tot i així existeixen consums puntuals, de tipus excepcionals i de caire festiu.

Tant l'heroïna com la cocaïna són substàncies considerades l'eix dels problemes de salut i econòmics de la població penitenciària. La droga àmpliament consumida pels reclusos i tipificada com a substància no perjudicial és el cànnabis.

## **Metadona i psicofàrmacs**

En paral·lel a l'ús terapèutic dels tractaments amb metadona i psicofàrmacs, les dades revelen que ambdues substàncies també es consumeixen fora de les pautes mèdiques recomanades. L'accés no formal a aquest tipus de substàncies es dona a partir de:

- Teatralització i, per tant, falsejant els motius per poder accedir als tractaments.
- Accés en el "mercat negre".
- Certa sobreutilització de la medicació psicotròpica en aquest entorn.

El tractament amb metadona es reconeix com un tractament, tot i això rep crítiques centrades en els següents aspectes:

- Es creu que la metadona hauria de ser un tractament puntual, és a dir s'està en contra dels programes de manteniment a llarg termini (PMM)
- L'entenen com una droga més però legal. Aquest fet fa que l'entenguin com una substància d'abús promocionada per les autoritats.
- Una de les idees més esteses és que la metadona és un substitut químic de l'heroïna. En base a això s'apel·la a la instauració de programes de subministrament de heroïna.
- Es parla d'ella com a un element de control institucional.
- Un altre aspecte àmpliament compartit és l'estigma associat als usuaris del PMM. Aquesta etiqueta pot arribar a ser un impediment a l'hora d'accedir al tractament.

La medicació psicotròpica rep valoracions negatives, tot i que la majoria dels participants l'hagin sol·licitada en algun moment de la seva història penitenciària, per fer front a malestar emocional sovint fruit del propi procés d'encarcerament.

## **Com consumir: esnifar, fumar i injectar-se**

No existeix una via de consum prevalent entre la població penitenciària. La utilització d'una o altra és una elecció individual on influïrien, entre altres factors, el tipus de

substància a consumir, la quantitat de la mateixa, l'estat físic i emocional en el moment del consum, el grau d'addicció i la situació econòmica de la persona consumidora.

La via injectada diferencia entre generacions: existeix un major consum endovenós a persones de més avançada edat.

## **a.2. Pràctiques sexuals a presó**

Les relacions sexuals estan regulades en la normativa penitenciària, concretament en el Reglament Penitenciari. Aquest fet, tot i permetre encontres, els encarcara, i per tant no deixa lloc a la naturalitat en aquests, aspecte clau per a fomentar uns hàbits sexuals saludables.

L'alerta centrada en les relacions sexuals recau en la manca d'ús de mesures de protecció, concretament de l'ús dels preservatius, tan masculins com femenins. Dels GD se'n desprèn la idea que tot i conèixer els efectes preventius dels preservatius, els interns no els utilitzen. Els motius expressats esgrimeixen l'ús d'altres mètodes anticonceptius (no de barrera), la percepció (voluntarista i massa sovint no contrastada) de manca de malalties en la parella sexual, creences de tipus espiritual o centrades en "l'amor romàntic", raons basades en la fidelitat i en la confiança en la parella estable...Una raó a destacar especialment és la por al rebuig en el cas d'exigir el preservatiu com element indispensable en la relació sexual.

## **a.3. Pràctica del tatuatge**

El tatuatge és una pràctica habitual en l'entorn penitenciari. Existeixen diferents motivacions, tant individuals - centrades en la recerca de sensacions, de tipus estètic, commemoratives de moments excepcionals o relacionades amb els familiars...- com de caràcter col·lectiu centrades en simbologies de bandes o grups de referència.

El Reglament Penitenciari prohibeix la pràctica del tatuatge que, tot i això, es porta a terme de manera “il·legal”. Existeixen mètodes diferents a l'hora de realitzar un tatuatge, les variacions depenen bàsicament de l'accés de cada individu al material necessari per fer-ho (tinta, agulles...). No obstant, aquesta pràctica va en declivi degut a les implicacions regimentals que comporta i per tant als perjudicis que ocasiona en els processos individuals d'evolució penitenciària de les persones que les realitzen. Les narratives dels participants en els GD evidencien també els riscos per a la salut d'aquest comportament.

#### **a.4. Autocura i ús de la assistència psicosocial**

Les veus de les persones participants en els GD afirmen sentir malestar emocional fruit de la seva situació d'encarcerament. Aquest malestar es gradua al llarg de la estada a presó. Cadascuna de les persones privades de llibertat creen les seves pròpies estratègies, conscients o no, per poder viure dintre uns límits de benestar subjectiu relatiu a les circumstàncies que els ofereix l'entorn. Un dels elements imprescindibles per poder afrontar el patiment emocional associat al tancament és l'autocura. L'autocura és una capacitat desenvolupada pel propi individu. De fet, la cura d'un mateix és un dret i un deure que exerceix la persona privada de llibertat en el entorn penitenciari. A nivell pràctic, d'actuació individual, es centra en l'alimentació, l'exercici físic, l'assistència mèdica i en la implicació en les activitats del centre.

#### **b. Estar en risc des de fora de la persona**

##### **b.1. Informació sobre drogues**

Els canals d'informació relativa a aspectes relacionats amb la salut es classifiquen en les fonts provinents de l'exterior del centre i les que emergeixen del mateix establiment penitenciari. La percepció de la informació que es rep des de la comunitat exterior fa referència a estigmes i a cànons tipificats construïts des del saber social i/o professionalitzat. D'altra banda les referències sobre salut ,devingudes bàsicament dels professionals del centre tant de tractament com



sanitaris, esdevenen fragmentades; i les que provenen d'altres canals, tipificats com a informals, són adjectivades com a errònies ja que són de tipus oral, de "boca a boca". Així mateix cal dir que molta de la informació que es rep és transmesa de manera que estigmatitza a l'individu. Per aquest motiu en moltes ocasions no hi ha motivació per a assabentar-se de temes relacionats amb la salut, factor que actua com a motor de certes conductes de risc i/o no saludables.

## **b.2. La intervenció sobre drogues**

### **El tractament de drogues en els centres penitenciaris: entre la obligació i la voluntat**

Es llisten els factors indispensables per a poder desenvolupar procés penitenciarí adequat, concretament el relacionat amb l'abordatge de la problemàtica en l'abús de drogues. Es reclama respecte pels temps, les particularitats i les pròpies idiosincràsies de cada persona. A més a més es reitera la idea de treballar en base a la voluntat individual.

Els entrevistats valoren el tractament en les drogodependències tot i que reclamen un apropament a l'abordatge de les seves necessitats sense "moneda de canvi". És a dir, proposar l'abordatge terapèutic com a mitjà d'aconseguir recompenses penitenciàries no sembla afavorir la implicació en el mateix i per tant li restaria eficàcia.

### **Programa d'Intercanvi de Xeringues: el no programa**

En general es té una bona opinió sobre el PIX, concretament es comparteix l'objectiu de salut que estructura el programa. Tot i això predomina la manca de confiança en ell sobretot respecte a les garanties de confidencialitat de la identitat dels participants en ell. També les conseqüències col·laterals, no aclarides en el contracte, de la participació en el programa a nivell de progressió penitenciària n'obstaculitzen la participació.

Els participants afirmen que l'accés a la demanda és immediat però que el procés per a obtenir el *kit* per a la injecció higiènica no és gaire fluid. Aquest fet afavoreix el desenvolupament d'estratègies pròpies no sempre alienes al risc per la salut. Es destaquen dos crítiques relacionades amb el material dispensat en el *kit* del PIX: les xeringues retràctils i la manca de subministrament de cassoletes i filtres. Un altre aspecte a millorar es relaciona amb la falta d'alternatives per a canviar de via de consum (per exemple, paper de plata per fumar).

### **Factors de protecció: empoderament**

El treball basat en l'empoderament de les persones privades de llibertat esdevé un element clau perquè els individus puguin construir itineraris de vida saludables.

### **c. Apunts sobre els elements estructurals en la realitat penitenciària: empresonament i gènere**

#### **c.1. Empresonament**

El fet d'estar empresonat té conseqüències directes en la persona. Les condicions de vida a presó deterioren les relacions humanes que tenen els interns tant dins de presó com amb el seu entorn exterior, potenciant els sentiments d'indefensió de la persona i facilitant les pràctiques de risc.

#### **c. 2. Gènere**

De l'anàlisi dels resultats qualitius es conclou que esdevé imprescindible incorporar la perspectiva de gènere per a poder entendre la realitat del consum de drogues en els establiments penitenciaris de manera holística i profunda.

## 5. Conclusions finals

Com hem comentat als apartats inicials del treball, l'objectiu general d'aquest és proporcionar dades de prevalença i altres característiques descriptives, en població penitenciària, de diferents aspectes relacionats amb la salut com són: el consum de substàncies psicoactives i el tractament dels problemes de drogues, les principals malalties infectocontagioses, les conductes de risc de transmissió d'aquestes així com els més importants factors associats a tots aquests aspectes.

D'aquest objectiu principal se'n deriven 4 específics que podríem resumir com segueix:

- Estudiar la utilitat de l'enquesta i la metodologia emprada per la investigació.
- Obtenir dades sobre aspectes de salut com: el consum de drogues, el tractament per ús d'aquestes, les principals MTSS i pràctiques de risc de contagi d'elles en la població penitenciària estudiada, aprofundint en els discursos dels participants.
- Establir associacions entre les variables de salut estudiades i altres potencialment predictives i explicatives de les posicions dels usuaris al respecte.
- Fer servir tota la informació recollida per tal d'elaborar propostes d'intervenció davant aquests problemes.

En benefici de la claredat expositiva hem decidit estructurar aquest apartat en funció d'aquests 4 objectius esmentats. Les apreciacions respecte al darrer subobjectiu formulat les inclourem a part sota l'epígraf de propostes d'intervenció.

### **\* La validesa de l'enquesta i la metodologia d'investigació.**

Hi han hagut alguns ítems que no han funcionat bé doncs la seva redacció podria no haver estat l'apropiada al nivell de comprensió dels usuaris, i el seu contingut el més indicat per preguntar en una entrevista. Els més destacats entre aquests són els referents fonamentalment a determinants de les recaigudes i a les vicissituds penitenciàries. Aquests ítems s'han exclòs de les anàlisis i haurien de ser replantejats en una nova versió més acurada de l'instrument d'avaluació, juntament

amb més informació sociodemogràfica, preguntes més concretes respecte al tractament de drogues actualment rebut i a les conductes de risc estudiades. Una versió millorada del qüestionari hauria de procurar ajustar-se a una extensió òptima, d'uns 20 minuts de duració, a partir de la qual baixa l'atenció i disminueix la col·laboració dels reclusos

Altres ítems, concretament els referents a la substància problema principal i a la via de consum predilecta, han rebut un alt nombre de respostes en blanc, ja que fan referència a fenòmens complexos, canviants, dependents de múltiples circumstàncies externes i, en conseqüència, difícils de resumir en una resposta tancada. Potser resultaria més útil abordar-los amb preguntes obertes a més de amb metodologia qualitativa.

La resta de qüestions incloses a l'enquesta han presentat nivells acceptables de resposta. Els aspectes que han resultat més difícils de revelar són els relacionats amb la salut física i mental dels participants. Semblaria que els subjectes amb nivells més alts de consciència dels seus problemes de salut i de drogues han col·laborat més. Sorpren que el consum de substàncies no estigui entre les variables amb més respostes perdudes, cosa que indicaria menys impediments dels interns en reconèixer les dificultats amb les drogues. Això podria reflexar el valor justificador que aquests problemes tenen respecte a les conductes inapropiades i delictives comeses pels presos així com la connotació positiva del consum de substàncies en la cultura carcerària.

L'estudi ha hagut d'afrontar una actitud inicial de resistència davant les demandes d'informació privada que forma part del clima predominant a presó, caracteritzat per la suspicàcia, l'oposicionisme i certa passivitat. L'ús d'iguals com entrevistadors privilegiats ha minimitzat les resistències però no les ha eliminat totalment. Potser un entrenament més intens dels entrevistadors, enfocat especialment a reduir la seva desconfiança vers l'estudi i a aprendre a abordar els temes més complicats, hauria pogut millorar la recollida de dades. Potser amb entrevistadors professionals s'hauria obtingut millor informació sobre els problemes de salut física i mental dels usuaris.

Malgrat les dificultats, confirmem el valor dels propis interns com a mitjancers d'elecció per recollir les vivències dels seus companys, especialment en aquells assumptes prohibits i sancionats per la normativa penitenciària; així com de les tècniques qualitatives de grups de discussió com a instruments útils per a la investigació a l'entorn penitenciari.

**\* Prevalença i patró de conducta de consum de substàncies a presó, tractament de drogues, malalties infectocontagioses i conductes de risc: els discursos de les persones entrevistades.**

Els participants al present estudi semblen constituir un grup de més gravetat en relació al consum problemàtic de substàncies addictives, les malalties infectocontagioses i les conductes de risc de contagi d'aquestes que les mostres de població penitenciària comparable generalment estudiades, que fonamentalment inclouen usuaris de tota Espanya.

A l'hora de trobar explicació a aquest fet totes les sospites recauen en el mètode de mostreig emprat, de Bola de neu amb entrevistadors d'accés privilegiat; un mètode no aleatori – o de conveniència – específic per fer surar aspectes ocults.

El fet que la mostra estudiada sigui no aleatòria - o de conveniència – podria haver donat lloc a un esbiaix en la presència d'algunes conductes problema en la mostra d'estudi, el qual suposadament hauria fet que els resultats obtinguts no fossin suficientment representatius del que veritablement succeeix al comú de la població penitenciària catalana. En aquest sentit les altes prevalences de problemes de salut relacionats amb les drogues detectades suggereixen que estem treballant amb una població de persones predominantment amb trastorn d'ús de substàncies: que un 91,5 % dels participants en l'estudi tinguin relació de qualsevol mena amb les drogues il·legals - les han consumit darrerament, s'identifiquen com addictes o han estat en tractament en algun moment de la seva vida - en podria ésser una dada confirmatòria d'aquesta hipòtesi. Si això fos cert, no restaria valor a les dades obtingudes, doncs ens estarien revelant informació rellevant sobre el períple vital que segueixen els consumidors de substàncies una vegada traspassen la porta d'un centre penitenciari català, tot confirmant l'existència de nivells sensibles de consum

de substàncies addictives i de pràctiques de risc per a la salut relacionades entre ells, en concordança amb el que s'afirma en estudis fets amb poblacions de països del nostre entorn cultural (Hammet et al, 2006; Fazel et al, 2006 i 2011; Dolan et al, 2007; Jürgens et al, 2009 i 2011).

Una interpretació diferent podria ser que el mètode de mostreig emprat, especialment rellevant per accedir a poblacions ocultes, ens hagi posat en contacte amb informació que habitualment no apareix en els estudis convencionals. D'aquesta manera la major gravetat dels participants del nostre estudi seria un indicatiu de que s'està complint amb la comesa que li assignàvem d'enriquir el nostre coneixement amb les aportacions dels col·lectius més silenciats. En aquest sentit, no podem menysprear la influència de l'incomprensible retard en la introducció de mesures de RD a les presons catalanes en comparació al que ha succeït a la resta de l'estat: a Brians 1 la introducció dels PIXs no es va fer fins l'any 2006 quan a la resta d'Espanya aquests programes ja funcionen a finals dels 90 . Aquesta circumstància pot haver fet que els presos catalans hagin estat més exposats als riscos per a la salut associats al consum de substàncies psicoactives que els seus homòlegs de la resta del país, precisament en un moment clau per l'expansió que aquests problemes experimentaven tant en la població general com en la confinada als centres penitenciaris; i que ara tinguin, en conseqüència, nivells més alts d'aquests. Tot això genera dubtes respecte a la uniformitat de les perturbacions de salut derivades del consum de drogues a les presons de tota Espanya obrint la possibilitat a l'existència de nivells més alts d'aquestes a Catalunya. Per tal d'aclarir aquest fet, seria interessant realitzar nous estudis amb població internada exclusivament a centres catalans i comparar els seus indicadors de salut amb els d'altres centres de la resta de l'estat, que van aplicar abans les mesures preventives.

Un argument suplementari a favor de la representativitat de la mostra estudiada respecte a la població general penitenciària són les dades - proporcionades tant per la investigació en salut mental i criminològica com per l'experiència dels professionals que hi intervenen – que mostren l'alt grau de fusió existent entre els problemes de consum de substàncies – sovint negats o encoberts - i les conductes delictives que porten a presó. (Garrido et al., 2006; Fazel et al., 2006; Dolan et al., 2007; Vicens et al., 2011).

Sigui com sigui, les conductes descrites a l'estudi s'organitzarien al voltant de tres posicionaments socials en relació al risc: "temerari", "aventurer" i "prudent". Els primers defineixen una tendència a implicar-se en conductes de risc per a la salut sense reparar gaire en els possibles danys i en les mesures per prevenir-los. Els discursos "aventurers" consideren els riscos de les seves accions però no per això deixen de fer-les, conservant els beneficis que aquestes els reporten intentant controlar relativament les conseqüències negatives, mitjançant una sèrie de mesures de seguretat conjunturals. Els "prudents" minimitzen al màxim els riscos, intentant reduir-los o evitar-los, encara que per això hagin de renunciar als potencials beneficis que aquestes accions els comporten.

Cal destacar que cap d'aquests discursos regeix en exclusivitat la narrativa conscient d'un individu sinó que generalment s'alternen en funció de les circumstàncies, predominant uns per sobre els altres; i que tots tres són presents en persones que defineixen d'alguna manera la seva relació amb les drogues com problemàtica – encara que estiguin ambivalents – i que per tant segueixen, o han seguit, tractament.

Aquestes perspectives influeixen transversalment les actituds dels entrevistats respecte a les diferents conductes estudiades. Així:

### **Respecte a la prevalença i els patrons de consum de drogues.**

Les dades de les entrevistes indiquen la presència a presó d'un alt nombre de persones que defineixen el seu consum de substàncies psicoactives com a problemàtic – més que a la població general. Les substàncies que els participants destaquen com a problema principal són l'heroïna i la cocaïna perquè causen problemes econòmics els quals desencadenen altres dificultats personals i familiars. Els usuaris investigats podrien tendir a minimitzar els problemes amb altres drogues - com els psicofàrmacs, el cànnabis i l'alcohol – que quedarien encoberts darrera dels ocasionats per les dues prioritzades.

El consum de drogues a presó és inferior al que es fa a l'exterior però significatiu: la major part dels participants al nostre estudi afirmen haver pres durant els darrers 6

mesos de reclusió. La investigació afirma que dels consumidors excessius de substàncies que entren a complir condemna, una part disminueix molt o abandona el consum – cosa que no evita que hi tornin en sortir en llibertat, com de fet succeeix en molts casos: queden en *standby*. Una altra proporció significativa continua prenent en la mesura del possible, existint també un percentatge a considerar de persones que s'inicien en el consum a presó. Els grups de discussió realitzats corroboren que malgrat distanciar-se de l'entorn mantenedor de l'hàbit, molts interns continuen drogant-se a presidi, encara que de manera menys incisiva, passant generalment d'un patró “temerari” a un de més “aventurer” (o “prudent”). Els motius principals esgrimits per aquests es podrien sintetitzar dient que davant la perspectiva d'un consum de drogues insatisfatori, molts decideixen aturar-lo o només fer-lo en dies puntuals. De fet, preval l'opinió generalitzada que són molt pocs els que veritablement abandonen les substàncies addictives en ésser encarcerats.

Les substàncies més consumides a presó són el cànnabis, els psicofàrmacs i l'heroïna. Els subjectes manifesten preferència per les que tenen efecte depressor sobre el SNC encara que hi ha persones que consumeixen cocaïna, tot i no ser considerada la substància més idònia dins aquest context, especialment des d'un posicionament “prudent” doncs pot portar a conflictes amb els funcionaris: s'hipotetitza un possible efecte ansiògen, d'increment de la suspicàcia d'aquesta droga en entorns penitenciaris. Entre els motius principalment adduïts per prendre destaquen: els recreatius – en dies puntuals -, l'afrontament de males notícies – relacionades especialment amb temes personals, familiars o d'evolució penitenciària - i l'existència d'una drogodependència de llarga evolució. Aquesta informació vindria a confirmar el paper desencadenant atribuït a l'estrès, l'avorrimient i l'alienació de les condicions de vida penitenciaris en l'ús de substàncies addictives (Jürgens et al., 2011). La sensació és que el consum d'heroïna recula, especialment l'injectat entre les noves generacions; i el de cànnabis és generalitzat. Aquesta darrera substància és la més coherent amb un posicionament “prudent”, doncs no sol ser percebuda com a problema pels interns i és més tolerada per la institució que les altres.

En relació a l'ús de psicofàrmacs, especialment tranquil·litzants i metadona, les dades de l'enquesta corroboren que estan entre les substàncies més consumides a les nostres presons, tant prescrites pels professionals com preses de manera il·legal.



Aquests fàrmacs són generalment receptats pel tractament de l'addicció a l'heroïna – com és el cas de la metadona – i pel de diversos trastorns emocionals – els tranquil·litzants i la resta de psicofàrmacs. Les anàlisis qualitatives revelen una polarització entre les posicions “prudents”, que les entenen com tractaments que han de ser preses en baixes dosis i molt controladament pel seu risc d'addicció; i els “aventurers”, que en fan un abús per obtenir uns efectes beneficiosos controlats: aquests les conceptualitzen com substàncies segures – són gratuïtes i han passat control de qualitat, en una mesura no excessiva no tenen perquè produir sobredosi – i les prenen en excés cercant l'evasió i l'embriaguesa.

També cal destacar la desconfiança que entre alguns interns inspira la medicació psicotròpica en tant que mecanisme d'anulació i control per part de les autoritats penitenciàries. Això sens dubte interfereix en l'acceptació d'aquests tractaments – en especial de la metadona i alguns psicofàrmacs específics - quan són indicats....

### **Respecte a la via principal de consum**

Un aspecte a ressaltar són les dificultats per determinar una via de consum predilecta doncs els individus poden utilitzar diverses en diferents moments de la seva vida, en funció del moment evolutiu del procés addictiu en que es troben i de les circumstàncies que els envolten.

Quant a l'ús injectat, els resultats del nostre estudi venen a indicar que el consum parenteral de drogues i la compartició del material d'injecció a presó no són pràctiques anecdòtiques sinó que es troben suficientment esteses com per merèixer l'atenció de les autoritats penitenciàries i de salut pública. En aquest sentit entenem que hi ha marge d'expansió pels programes de RD per tal d'adequar-los a les necessitats específiques dels usuaris.

Les anàlisis de regressió relacionen la venopunció amb variables indicatives de conducta delictiva persistent i de gravetat de l'addicció. Així podríem afirmar que l'injecció de drogues a presó és més freqüent en la gent que té una addicció més severa i que manifesta una conducta delictiva reiterada.

Una de les principals raons que s'esgrimeixen per explicar les pràctiques de consum endovenós de drogues dins presó és la d'aconseguir el màxim d'efecte amb el mínim de substància, ja que l'oferta de droga és limitada i els preus elevats.

Les principals actituds subjacents a aquesta conducta, entre els subjectes identificats amb un posicionament "prudent", especialment els més joves, és rebutjar la via endovenosa per la seva nocivitat associada. Els identificats amb un funcionament més "temerari", sobretot els veterans, la prefereixen.

Les narratives "prudents", "aventureres" i "temeràries" poden ser identificades també entre els que fan servir la via injectada: els primers es punxarien amb xeringues estèrils, aconseguides mitjançant el programa PIX o bé per altres vies; enfront d'aquest plantejament tenim el de les persones que comparteixen. Ara bé entre aquests dos pols s'hi trobarien els posicionaments "aventurers", de córrer el risc amb precaucions – amb certes normes de protecció com la de cedir el torn al que no té malalties. És clau destacar el paper que en aquestes conductes de risc hi juguen les pressions del centre penitenciari que, en penalitzar fortament tot consum de drogues – i , per sobre de tots, l' injectat – empeny els usuaris a prendre més riscos...

### **Respecte a les conductes de risc no relacionades amb l'ús de substàncies**

Les relacions heterosexuales a presó són, en comparació amb la vida en llibertat, limitades i regulades en excés per la normativa penitenciària, les necessitats organitzatives i les raons de seguretat. Tot i això els presos ingressats al CP Brians1 tenen més possibilitats de tenir-les que els d'altres presons tant estrangeres com de la resta d' Espanya. En comparació amb els centres estrangers: l'extensió del 'vis a vis' i el major respecte manifestat a aquest nivell per les necessitats afectives dels interns, fan del sistema penitenciari espanyol un dels més tolerants d'occident. Si a això hi afegim l' especial situació de Brians 1 - amb mòduls de dones i d'homes adossats, amb espais i activitats comunes que afavoreixen la interacció entre uns i altres - s'entendrà que parlem d'aquesta presó com un espai únic de relació entre sexes en un context penitenciari.

En referència a les relacions entre persones del mateix sexe, al nostre estudi s'han reproduït els tabús, associats a condemnes morals i estigmatització, que pesen sobre aquesta conducta a la majoria d'estudis penitenciaris realitzats. Això ha passat especialment en el cas dels homes, doncs les dones recluses manifesten una actitud més oberta i tolerant davant aquest fet.

De les conductes sexuals de risc, preocupen els elevats nivells de desprotecció existent tot i que els interns coneixen bastant bé les conseqüències de no prendre mesures preventives. Aquí també trobem posicions més "prudents", o "aventureres", que corren el risc amb mesures de seguretat que els garanteixen certa protecció: sexe amb la parella estable, nivells baixos de càrrega viral...I d'altres "temeràries" que inclouen relacions sexuals sense protecció prolongades en el temps amb parelles infectades de VIH. Sota aquests darrers comportaments es poden amagar temors a l'estigmatització i al rebuig per part de la parella, negació de la malaltia i casos de maltractament.

No oblidar el fet que a la nostra enquesta les dones, tot i preocupar-se més per la seva salut, amb nivells comparables de malalties infectocontagioses estudiades, presenten el mateix grau de conductes sexuals de risc que els homes; i que això pot estar relacionat amb les dinàmiques de poder dins la parella, on sovint tenen un paper subordinat en la presa de decisions comunes. Així moltes dones, malgrat tenir una més gran conscienciació respecte als problemes de salut, acaben prenent riscos similars als homes en la seva conducta sexual perquè cedeixen enfront la parella.

Quant al tatuatge, les dades corroboren que aquest es dona a presó, i que molt sovint es fa sense garanties d'esterilitat. Els participants indiquen que és una conducta cada vegada menys comú, degut a les mesures de control adoptades per la institució per evitar-la – de manera especial, al CP Brians 1. Els motius brandits per fer-se tatuatges tenen a veure amb l'estètica, vivències familiars significatives i la identificació com a membre de determinats grups (bandes, col·lectius: "*abajo la policia, arriba la golferia*"). Trobem, una vegada més, escissió entre els posicionaments "prudents": que no es farien mai un tatuatge a presó i creuen que els que ho fan estan "penjats", i els "temeraris". Aquests darrers destaquen les motivacions relacionades amb l'avorriments i amb l'embriaguesa, que sovint van acompanyades de sentiments de penediment a posteriori. Entre les variables

relacionades amb les conductes de tatuatge a presó ressalten la conducta delictiva persistent, la presència d' infecció per MTSS estudiada, així com la escassetat de recursos econòmics. Aquests resultats indicarien que el pres que es tatua és un intern més greu, tant a nivell de salut com de disfunció social i privacions econòmiques, confirmant en certa mesura les afirmacions que feien els "prudents" respecte a les característiques 'disfuncionals' dels que es tatuen a presó.

### **Respecte als aspectes de la cura personal com els hàbits de menjar, higiene, atenció per la salut, activitat física i mental**

Els informants recalquen la duresa de les condicions de vida al centre penitenciari : destaquen per sobre de tot els efectes psicològics de les condicions de tancament, amb preocupacions per la situació dels familiars, estiguin aquests dins o fora la presó, i els infortunis a nivell judicial i de condemna – judicis pendents, graus de vida, avenços i regressions penitenciaris, expectatives d'alliberament. A nivell de condicions físiques hi ha queixes generalitzades pel menjar.

Malgrat aquestes limitacions els interns convenen en donar un pes important a la responsabilitat personal en l'autocura de l'individu. S'identifica una posició "prudent" que es preocupa per fer exercici, seguir una dieta equilibrada, anar al metge o a d'altres mitjans alternatius per la cura de la salut(en general els interns es senten bastant desatesos pels serveis mèdics del centre), així com participar en activitats que els facin sentir-se productius i treballar per la seva llibertat futura.

### **\* Principals factors associats amb les conductes i característiques de salut descrites.**

Hi hauria alguns nuclis conceptuals que fonamentarien les nostres suposicions respecte als predictors de les conductes estudiades:

- Les dades conjuntes proporcionades per les anàlisis quantitatives i qualitatives confirmarien en la mostra de població penitenciària estudiada l'existència, ja referida en la literatura (Babor, 1992 i Cloninger, 1987 citats a Muñoz-García et al, 2006) i

mencionada anteriorment a la discussió sobre les dades quantitatives obtingudes, de dues tipologies d'addictes a substàncies: Tipus A i Tipus B. La primera, que comprendria persones amb una drogodependència funcional, es caracteritzaria per menys problemes físics, de salut mental i de desadaptació social. La segona, que acotaria una addicció més crònica, es relacionaria amb més problemes de salut tant físics com mentals, així com de disfunció familiar, laboral i social. De fet, aquest segon tipus d'addictes, es caracteritzarien per una conducta delictiva persistent a diferència dels primers que bé no delinquirien bé ho farien de manera circumstancial i no dintre un estil de vida antisocial. Així doncs els subjectes tipus B tindrien més problemes tant físics – en el nostre cas malalties infectocontagioses – com mentals – gravetat de l'addicció i trastorns emocionals concomitants –, interpersonal – a nivell de relacions familiars - i de desajust social – en el nostre cas conducta delictiva i conflictes penitenciaris -, així com desadaptació laboral i privacions econòmiques. Els tres posicionaments davant el risc perfilats en els grups de discussió : “temerari”, “aventurer” i “prudent”, representarien diferents construccions socials respecte al risc, la salut i el benestar que influïrien les actituds vitals reflectides als patrons de conducta Tipus A i B . Així el consumidor Tipus A, tindria unes actituds davant la vida influenciades predominantment per un posicionament “prudent” davant del risc, encara que també podria actuar ocasionalment influït per actituds “aventureres” i “temeràries”. En l'addicte Tipus B, destacaria una actitud vital davant del risc del tipus “temerari”, encara que també hi hauria lloc per “l'aventura” i la “prudència” en d'altres circumstàncies.

- El fet que les variables relacionades amb haver rebut tractament per problemes de drogues siguin indicatives de gravetat de l'addicció i d'altres problemes de salut - com la participació en conductes de risc i el contagi de malalties de transmissió sanguínia i sexual -, i no protectores; juntament amb que tots tres posicionaments socials respecte al risc, identificats en el discurs dels participants, es donin en individus que defineixen la seva relació amb les drogues com problemàtica i que estiguin o hagin estat en tractament, ens porta a dues conclusions :

Respecte a l'eficàcia dels tractament de drogues, els nostres resultats il·lustren de manera eloqüent que la realització d'un tractament de drogodependències per sí mateix no és sinònim de bona evolució. En aquest sentit, confirmem les evidències

respecte a les condicions necessàries a complir perquè els tractaments de drogodependències siguin efectius, que reprendrem a les propostes d'intervenció.

La percepció de risc, de salut i de benestar no és la mateixa pels professionals que pels diferents usuaris i, en tot cas, no és una variable objectiva que es pugui mesurar sense tenir en compte el projecte vital del subjecte en qüestió. Així, els grups de discussió reflecteixen una utilització dels recursos terapèutics idiosincràtica per part de les persones privades de llibertat, que no encaixa necessàriament amb els criteris normatius del que constitueix una conducta adequada i la recuperació pels professionals, però que malgrat tot als subjectes els pot resultar profitosa. Això implica entendre la relació terapèutica com una relació social especial, que no pot ser definida únicament a nivell lògic o digital, doncs implica un seguit de gestos simbòlics que adquireixen significat en funció del marc de referència social particular de cada participant (és a dir: a nivell analògic o relacional). Així doncs uns mateixos actes objectius poden rebre interpretacions diferents per cadascun dels implicats, en funció dels seus marcs de referència.

Entre els significats atribuïts a les drogues, els problemes relacionats i el seu tractament en destaquen alguns d'especialment interessants:

S'ha parlat extensament que els actes implicats en el consum de drogues, i entre ells la reacció davant el tractament dels usuaris, contenen un cert component de desafiament, d'oposició i atac a les normes morals dominants a la comunitat encarnades en el concepte de salut. Les quals, en el nostre cas, estarien representades pels professionals de tractament i la institució penitenciària, i remetrien a experiències vitals que els usuaris associen amb vivències de privació afectiva, desqualificació i abús, amb els conseqüents sentiments de tristesa, ira i alienació (Cirillo et al.,1999; Haley, 2008; Szasz, 1990). Tanmateix, el consum abusiu de substàncies addictives s'ha entès com una forma de exercir el poder dins la unitat familiar (Cirillo et al., 1999; Fishman i Charles, 1990; Stanton i Todd,1990;).

El tractament de drogues a presó ha estat investit també d'una sèrie de significats especials per part dels reclusos fortament influenciats per les característiques del context institucional on aquest s'insereix.

Així, la presó s'ha qualificat com un entorn que envaeix sistemàticament la intimitat de la persona, sacrificant les necessitats de l'individu en favor de les de seguretat i organització de la institució, i de les més generals de benestar de la societat. Aquestes circumstàncies donen lloc a importants carències de tipus afectiu i d'afirmació de la identitat personal en aquells que hi viuen (Bañuls et al, 2008). Aquests significats semblen filtrar-se en els discursos dels participants on observem com molts d'ells, tot i reconèixer tenir problemes de drogues i expressar necessitats sinceres de tractament, no poden evitar quedar atrapats en una dinàmica de confrontació amb la institució, escenificada en una actitud de fort oposicionisme en la seva relació amb els professionals de tractament i les intervencions proposades des dels plantejaments de la institució, transsumpte d'una reacció d'autoafirmació de la pròpia llibertat i voluntat personal.

D'altra banda, als centres penitenciaris el tractament sovint parteix d'uns pressupòsits intervencionistes i protectors segons els quals el drogodependent és una persona incapaç i irresponsable, que no pot prendre decisions per si mateix i que ha de ser orientada mitjançant un sistema de recompenses externes, quan no directament forçada a actuar en la direcció correcta pel bé de la societat i de si mateixa. Aquest tipus de conceptualitzacions desqualifiquen i estigmatitzen, portant dintre seu l'obstacle pel canvi doncs li treuen autonomia a la persona, limitant la confiança d'aquest en els seus recursos personals per solucionar els problemes. Així la presó, amb l'estrict control que exerceix sobre la conducta de l'individu, dificulta extremadament que la persona s'auto-atribueixi la responsabilitat dels canvis positius aconseguits al seu interior, com és el cas de les millores en el consum de substàncies addictives. Aquest fet dificultaria la generalització d'aquests canvis a la vida en llibertat, explicant, en part, perquè moltes persones que són capaces de deixar, controlar i inclús abandonar el consum de drogues en reclusió recauen de nou a l'alliberament. (Bañuls et al, 2008).

Totes aquestes denotacions aquí recollides, i moltes altres existents, s'haurien de considerar a l'hora d'apropar-se a l'usuari en l'aplicació de les intervencions a ells dirigides.

- Que l'existència de vincle familiar actuï com a variable protectora de problemes de salut, com les sobredosis i les malalties infectocontagioses, en la mostra estudiada

reafirma la importància de tenir una xarxa social de recolzament per potenciar la qualitat de vida de l'individu (Rojas Marcos, 2010) i prevenir l'empresonament (García-Borés, 2003)

- A nivell de diferències de gènere, contràriament al que afirmen algunes dades de la literatura (Dummont et al., 2012), les dones estudiades en aquest treball no han mostrat més problemes de consum de substàncies addictives i de malalties infectocontagioses que els homes. Aquestes sí semblen tenir nivells més alts de preocupació pels seus problemes de salut i d'importància atribuïda al tractament dels mateixos, així com d'utilització del programa PIX, però no de prevenció de conductes sexuals de risc. Aquestes dades reflectirien nivells superiors de motivació pel tractament i la cura dels problemes de salut en dones així com de dificultats per fer valer les seves necessitats al respecte enfront les seves parelles, especialment a nivell de relacions sexuals. Aquestes diferències traslluirien divergències de personalitat, probablement vinculades amb factors culturals relacionats amb els rols tradicionals de gènere, que valdria la pena estudiar més profusament.



## 6. Propostes d'intervenció

Sota aquest epígraf desenvoluparem el quart objectiu específic del nostre estudi, referent a les propostes d'intervenció que se'n deriven de les conclusions precedents.

En base a la informació apareguda al treball, filtrada i elaborada a l'apartat anterior de conclusions, recollim una sèrie de propostes que ens serveixin com a guies orientadores de les intervencions per afrontar els problemes estudiats. La nostra argumentació s'organitzarà en torn a dos nivells d'acció:

- A. A nivell molar – o macro- parlarem de intervencions dirigides als determinants polítics i socials de l'entorn dels reclusos
- B. A nivell molecular – o micro – ens referirem a les intervencions dirigides directament a les persones interessades.

### **A.Intervencions a nivell macro sobre les estructures polítiques i socials que envolten els usuaris**

#### 1.1.Les condicions de vida a la presó.

Els abordatges dirigits a millorar les condicions de vida substàndarts a presó des d'una perspectiva estructural s'han centrat en dos aspectes fonamentals:

- A nivell judicial, entenem clau potenciar mesures dirigides a disminuir la sobreutilització de la presó com a via unívoca per a resoldre conflictes socials. De fet una part significativa dels reclusos a presó està composta per persones consumidores problemàtiques de drogues – moltes d'elles amb trastorns mentals concomitants – convictes per delictes relacionats amb el consum - possessió, tràfic o delictes no violents - comesos per finançar-se l'addicció. Així proposem potenciar la provisió de mesures alternatives a la reclusió, per persones en les circumstàncies abans mencionades.

Les mesures alternatives acostumen a consistir en suspensions de condemna per les quals les persones es sotmeten a tractament i així eviten presó, sempre i quan segueixin el tractament i no s'impliquin en noves conductes delictives. En puritat, s'

ha d'aprofitar l'oportunitat que ofereix el contacte del subjecte amb l'administració de justícia per tal de promocionar un tractament de drogodependència fonamentalment voluntari, preservant al màxim la noció que aquest no ha de ser coercitiu. En aquest sentit sembla primordial l'assessorament previ de tècnics qualificats que analitzin rigorosament les circumstàncies personals i socials de l'individu.

- A nivell d'administració penitenciària creiem que s'han de flexibilitzar els criteris per la concessió d'oportunitats d'externalitzar el tractament a la comunitat. Això comportaria afavorir les derivacions a recursos externs tant ambulatoris: CAS, grups d'autoajuda, etc; com residencials: comunitats terapèutiques, pisos de reinserció...Això incidiria no només en la massificació sinó també en prevenir els fenòmens d'empresonament i en donar continuïtat en la comunitat a la intervenció que es dona a presó, facilitant que es puguin generalitzar els guanys aconseguits pels internats en la seva salut.

#### 1.2. Aplicar una perspectiva de salut pública:

Entenem que la responsabilitat administrativa de l'atenció sanitària que es dona a presó hauria de recaure en el sistema de salut pública comunitària (Jürgens et al., 2011).

Això aportaria diferents avantatges:

- Proporcionar als presos una atenció sanitària independent, que pogués resoldre millor les situacions de conflicte d'interessos entre tractament i seguretat, prioritzant-ne la vessant terapèutica en tenir menys compromisos penitenciaris.

- Uns serveis de salut dirigits des del sistema de salut pública comunitari facilitarien les relacions entre l'atenció sanitària a presó i la de la resta de la societat en dos aspectes fonamentals:

Donaria continuïtat a l'atenció sanitària que es fa a presó una vegada la persona és alliberada, element fonamental no només per millorar els estàndards de salut de les persones ingressades a presó, sinó també per la seva reinserció social.

Permetria vincular als serveis sanitaris de presó i posteriorment comunitaris, a persones que per les seves condicions de marginació restaven apartats de la xarxa de salut quan eren en llibertat.

## **B. Intervencions dirigides directament als usuaris:**

### 2.1. Quant als tractaments pels problemes de drogues

Els resultats obtinguts van en la línia de confirmar el valor de considerar les condicions d'eficàcia d'aquestes intervencions perquè el tractament de drogodependència sigui efectiu i no pas un simple marcador de gravetat dels problemes de la persona.

Així, de manera complementària a les consideracions farmacològiques, la investigació ha identificat una sèrie d'ingredients efectius de les intervencions psicosocials pel tractament de drogues a presó (Moos RH., 2007; Dolan et al., 2007; Jürgen et al., 2011 ). Tots es desprenen de l'aplicació dels principis de l'aprenentatge social i de l'afrontament de l'estrès recollits al model de Prevenció de recaigudes. Aquest model entén la conducta addictiva com una estratègia d'afrontament de les circumstàncies vitals de la persona, que ha anat ocupant progressivament parcel·les més grans la identitat de l'individu, contenint el desenvolupament d'altres recursos personals alternatius. Amb el temps aquest estil de vida portarà a problemes d'adaptació, davant els quals la persona es trobarà indefensa (Orford, 2001). En conseqüència, el tractament eficaç, hauria d'anar orientat a promoure el desenvolupament d'estratègies alternatives d'afrontament i la percepció d'autoeficàcia en relació als problemes específics de la conjuntura personal del subjecte; a incrementar la sensació d'agència personal en l'usuari dotant d'estructura el tractament i el seu context vital més ampli; així com a augmentar la implicació d'aquest en activitats reforçants alternatives a l'estil de vida anterior.

Hi ha dos supòsits essencials a considerar que abonen el terreny perquè germinin els efectes dels components a dalt esmentats : **l'ajust a les necessitats individuals**

**de la persona i garantir la continuïtat de l'atenció una vegada la persona surti en llibertat.**

Pel que fa al primer, val la pena recuperar les aportacions de Lindstrom qui, a partir de les dades de la investigació en alcohol, informa de la falta de proves de l'eficàcia diferencial entre tractaments psicosocials diversos, ni de la millor adequació d'alguns abordatges en determinats moments del cicle addictiu, ni tan sols de que la intervenció sigui més efectiva que la seva absència. Aquestes observacions es prenen com a punt de partida per afirmar la influència de variables inespecífiques – relacionals – en el canvi i per a fonamentar una conceptualització del tractament com a acompanyament dels processos de recuperació natural de l'individu (Orford, 2001).

Respecte al darrer, ens sembla especialment important incidir en treballar la **Inducció de rol** (Marlatt et al.,1997) que consisteix en erosionar, mitjançant la relació establerta amb la persona, les resistències d'aquesta vers els recursos de tractament en general, i concretament els de problemes de drogues, potenciant que les valorin com a eines potencials d'ajuda davant les seves dificultats.

2.2.Respecte a la prevenció, l'atenció, el tractament i la cura de les MTSS.

Considerem important insistir en alguns aspectes que la nostra investigació ha posat en primer pla:

Així, els percentatges de participants que no han realitzat les **proves de detecció de malalties infeccioses** – correlat del que passa a la societat en general -, aconsellen emfatitzar el valor de mantenir la possibilitat actual que tenen els interns a les presons espanyoles, al llarg de tota la condemna, de realització voluntària de tests de detecció de aquestes patologies; i de **complementar aquesta oferta amb un aconsellament de tipus motivacional** on es puguin abordar les conseqüències d'aquestes malalties, les conductes de contagi de les mateixes i els mitjans d'evitar-les, així com l'orientació envers els recursos de tractament adients per les diferents complicacions potencialment detectades. Pensem en què aquest és un dels àmbits on més es veu la importància de la presó per a posar en contacte amb els recursos de tractament a persones que quedaven ocultes en la comunitat.

Quant a **les intervencions d'Informació i Educació** respecte a les MTSS a presó, els mitjans de contagi d'aquestes i les estratègies per prevenir-lo. La investigació recalca la utilitat que aquestes vagin més enllà de la mera transmissió de continguts, abastant els estils vitals de les persones i, específicament, les actituds davant el risc d'aquestes, amb intervencions ajustades a les seves necessitats i interessos. En aquesta línia recomanem complementar els abordatges dirigits pels professionals penitenciaris amb **accions educatives entre iguals**– com el programa PAS descrit al marc conceptual -, les quals han demostrat la seva eficàcia a l'hora d'arribar als internats en ser percebudes amb més confiança per aquests (WHO/UNODC/UNAIDS, 2007).

El fet que les dones, malgrat tenir una motivació més gran per abordar els seus problemes de salut, tinguin un nivell semblant de conductes sexuals de risc de contagi de MTSS que els homes, i que això pugui estar relacionat amb les dinàmiques de poder dins la relació de parella, fa especialment important **treballar en població penitenciària, tant en homes com en dones, els temes d'igualtat, tolerància i respecte a les decisions de l'altre així com d'autoestima i assertivitat dins les decisions de parella.**

La informació i l'educació per si soles no són suficients per prevenir el VIH a presons. Algunes avaluacions han assenyalat millores a nivell d'informació i d'actituds informades envers el canvi conductual com a resultat d'intervencions educatives. Aquestes intervencions, però, malgrat els resultats aconseguits no es traduiran a canvis conductuals efectius si les persones no disposen dels mitjans per a actuar en funció de les noves actituds. És a dir, **d'altres intervencions preventives de RD com: la distribució de condoms, de material d'injecció i de tatuatge estèril.**

Parlant d'aquestes altres intervencions, quant el **programa PIX**, el fet que haguem descobert un nombre important de persones que malgrat s'injecten a presó no s'incorporen al programa ens fa pensar que tenim un ampli marge de millora d'aquest. Seguint les recomanacions expressades a la literatura internacional, els criteris que caracteritzen un programa eficient d'intercanvi de xeringues són l'accessibilitat i adaptació a les necessitats dels usuaris, la confidencialitat del mateix

i que aquest estigui basat en unes relacions de confiança entre els professionals i els interns que hi accedeixen. És en aquests 4 punts on s'hauria d'insistir.

Les afirmacions dels entrevistats transmeten molta desconfiança en la confidencialitat del programa que es relacionaria amb l'existència d' importants pressions institucionals sobre aquells que hi participen – tant per part de vigilància, com de professionals sanitaris i de tractament penitenciari. L'anterior aconsella dirigir els esforços a conscienciar els professionals de la institució de la importància d'aquests programes en la prevenció del contagi de malalties infeccioses, i dels efectes contraproductius que una política de reducció de la oferta massa agressiva pot tenir en la salut dels reclusos. El treball envers aquest canvi d'actituds, no ha de limitar-se únicament a transmetre informació sobre els resultats d'aquestes intervencions i com posar-les en pràctica; sinó que ha de centrar-se prioritàriament en promoure un procés de reflexió basat en l'escolta de les necessitats, el reforç i la capacitat d'uns professionals – força menyspreats i maltractats per interns, administració de justícia i societat en general -, que han de deixar de veure aquestes intervencions com una imposició sense sentit més dels gestors polítics, i descobrir el potencial que tenen per a promoure un clima més distès i de respecte dins el centre així com per una millora de la seguretat a l'entorn laboral. No hem d'oblidar que l'aplicació d'aquests programes de Reducció de Danys implica un veritable canvi de filosofia de tota la intervenció penitenciària, desviant-la del paper central que ara mateix té la prohibició del consum de substàncies en els nostres centres penitenciaris, permetent concentrar-se més en desenvolupar la salut dels individus i uns patrons de conducta prosocials.

En una etapa històrica com l'actual marcada per l'austeritat ideològica i l'obsessió per retallar els recursos econòmics destinats a l'abordatge dels problemes socials, valdria la pena reconsiderar l'assignació que es fa a presó dels recursos disponibles per tractar les drogodependències i prevenir les malalties de transmissió sanguínia i sexual. Així es podrien limitar les partides destinades a mesures de reducció de la oferta de drogues dins els centres, que s'han demostrat ineficaces i inclús contraproductius per abordar aquests problemes, prioritzant més altres intervencions d'eficàcia demostrada, com són els programes de tractament amb metadona, de aconsellament i tractament de prevenció de recaigudes, les intervencions educatives

centrades en les necessitats dels usuaris i potenciadores del treball entre iguals, així com altres de RD : els programes d'intercanvi de xeringues, la provisió de condoms i material higiènic de tatuatge...

**Quant a l'accessibilitat del programa**, les queixes dels interns sobre la lentitud en la provisió del material de venopunció aconsellen **agilitzar l'entrega d'aquest limitant els criteris d'exclusió i simplificant els protocols**. També permetent que aquest programa **estigui present a tots els mòduls de vida dels centres**, doncs el risc de consum és present a tota la presó i no només als mòduls on resideixen les persones amb pitjor adaptació a la normativa penitenciària.

Respecte a l'ajust del programa a les necessitats dels individus, l'estudi ha posat en evidència els inconvenients i riscos per a la salut de l'agulla retràctil, i la necessitat dels interns de disposar de diverses xeringues per facilitar l'administració de varies dosis seguides – com es costum en el cas del consum de cocaïna. Aquesta informació, juntament amb les dades a favor d'aquestes dues mesures a la literatura sobre intervencions de RD a la comunitat, i la baixa probabilitat d'ús de la xeringa com a arma en els programes implantats a presó; aconsellen considerar seriosament **donar xeringues hipodèrmiques no retràctils, així com varies unitats per intercanvi**.

Seguint en l'àmbit de promoció de la salut, els resultats obtinguts referents a l'existència de conductes de risc de contagi de malalties infeccioses no associades amb el consum injectat de drogues, com les **relacions sexuals sense preservatiu i el tatuatge amb material no estèril**, recomanen abordar també aquestes conductes de risc en les intervencions a presó, i de fer-ho amb intervencions preventives específiques adequades.

En resum, atenent a les propostes d'intervenció dirigides als usuaris, no podem deixar passar l'ocasió sense expressar la nostra encesa defensa d'un **model d'Intervenció Motivacional**, centrat en la persona i inspirat pels postulats de la Reducció de Danys (Miller i Rollnick, 1999 i 2002; Denning et al., 2004). Així tant les afirmacions fetes pels participants, respecte al distanciament que els diversos tractaments proposats a presó tenen dels seus veritables problemes i la desconfiança que generen; com el fet que haver rebut formació en RD no tingui

efecte sobre les conductes de risc per la salut estudiades, avalen l'aplicació d'una perspectiva terapèutica de tipus motivacional, que a més de l'aprenentatge d'habilitats d'afrontament de les dificultats específiques del subjecte, tingui en compte altres components emocionals. En conseqüència plantejem un marc d'intervenció més ampli que tingui com a punt de partida les actituds vitals i les necessitats personals de l'individu, que cerqui transmetre una validació de les seves percepcions i sentiments. Tot això anirà encaminat a construir una relació terapèutica on el professional actuï més aviat com a guia dels processos de recuperació naturals de la persona (Orford, 2001), que proporcioni el substrat adequat des del qual construir col·laborativament una percepció d'autoeficàcia i d'agència personal en aquesta (Marlatt i Gordon, 1985; Marlatt i Donovan, 2005) respecte a les seves dificultats vitals relacionades, en aquest cas amb els problemes de drogues i les conductes de risc de transmissió de malalties infectocontagioses. Aquest model terapèutic constitueix una veritable filosofia d'acció professional que ha d'insuflar les diferents intervencions a realitzar amb l'individu.

En íntima connexió amb el model vertebrador de la intervenció a dalt proposat, entenem prioritari **abordar els processos d'empresonament profund** que afecten a molts dels usuaris internats a presó i que en últim terme porten a un estat de indefensió, que pot actuar com a detonant i mantenedor del consum de drogues tant a dintre dels centres com una vegada la persona s'incorpora a la comunitat.

La resiliència seria un procés antagònic al d'empresonament i les variables claus per desenvolupar-la serien l'existència d'una xarxa social de recolzament i d'una percepció d'agència personal davant les pròpies circumstàncies (Rojas Marcos, 2010)

A presó, els abordatges per tal de promoure la resiliència dels internats i d'aquesta manera prevenir els processos d'empresonament greus, haurien de dirigir les actuacions emmarcades dins la filosofia d'Intervenció Motivacional abans descrita a dos àmbits complementaris:

A nivell institucional i estructural: crear mecanismes que facilitin l'empoderament de les persones internades, com és el cas de l'educació entre iguals, l'autogestió i l'autoajuda...



Al de les relacions interpersonals: treballar els vincles amb els éssers propers i les capacitats de construcció i cura d'una xarxa de recolzament social.

D'altra banda, el treball exposat planteja un seguit de qüestions que valdria la pena aprofundir en futures investigacions, entre elles: les causes i conseqüències associades a l'ús diferencial a presó – condicionat per la significació idiosincràtica que reben en aquest entorn – de determinades substàncies addictives, fonamentalment cànnabis, alcohol i tabac; els patrons diferencials de consum i els motius de les diferències en l'adherència al tractament d'homes i dones; així com les conductes sexuals dintre el centre, posant-hi especial atenció a les relacions entre persones del mateix sexe i als mecanismes de presa de decisions en el si de la parella...Totes aquestes qüestions i d'altres resten per a properes ocasions.

Per acabar, volem fer referència a l'excepcional situació internacional que en aquests moments estem vivint, caracteritzada pel desmantellament dels serveis socials arreu, i que es reflexa al nostre entorn més proper en forma de retallades dels recursos econòmics i humans d'atenció als més desvalguts, entre ells les persones privades de llibertat. Aquesta situació crítica fa que ens sentim obligats a finalitzar aquest treball fent una apel·lació, que comença a ser desesperada, a reconsiderar aquestes decisions polítiques, donades les dramàtiques conseqüències que estan tenint i tindran sobre la salut dels individus internats a presó, incloent els que tenen problemes de drogodependències i d'altres malalties associades, així com a la comunitat en general. Esperem humilment que el nostre estudi aportï uns quants arguments per revertir-los: encara hi som a temps.

## 7. Limitacions de l'estudi

Al llarg del procés d'elaboració i conclusió de l'estudi hem detectat dos limitacions que han de ser comentades.

La primera ha estat l'ús de l'autoinforme per determinar tant aspectes de consum de substàncies, com altres problemes de salut i conductes de risc. Encara que els estudis de conductes addictives afirmen que aquest és un mètode fiable, no es pot excloure l'esbiaix per desitjabilitat social i memòria retrospectiva (Verdejo-García et al., 2004). En el cas de les infeccions per MTSS s'han documentat infraestimacions produïdes per aquest procediment (Peña-Orellana et al., 2011). En qualsevol cas, això ha de ser considerat en les valoracions que es facin a partir de les dades de l'estudi”

Una altra limitació prové del fet que els participants no han contestat en la mateixa proporció a cadascuna de les preguntes de l'enquesta, cosa que comporta que les respostes a cadascun dels ítems de l'estudi no representin a la mostra sencera dels investigats, podent donar lloc a interferències doncs els que responen poden ser diferents als que no ho fan en variables potencialment confusores de les relacions trobades si no són controlades. Aquest fenomen aconsella cautela en la generalització dels resultats obtinguts en l'estudi a la població de referència.

De fet, la utilització de metodologia multivariant, les tècniques de mostreig especials per poblacions ocultes i els procediments qualitatius de grup de discussió són estratègies que compensen els possibles esbiaixos esmentats en els paràgrafs anteriors.

## 8. Referències bibliogràfiques

de Andrés, M; Hernández, T. (1998) “Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas (Formación de grupos de ayuda mutua entre drogodependientes y apoyo paritario)”. Madrid, Fundación CREFAT

Bañuls E y Equip del CAS del Centro Penitenciario Brians 1. (2008) “Reducción de Daños y Prisión”. 2ª Conferencia Latinoamericana de Reducción de daños Virtual (CLAT 2).

Borràs, T; Carbonell, J; de Andrés, M; Kjaer, J; Kempfer, J; Magrí, N; et al. (2000) “Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines”. Madrid, Fundación CREFAT

Cadafalch, JM; Casas, M. (1993). “El paciente heroínómano en el Hospital General”. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Callejo, J. (2001) “El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación”. Barcelona, Ariel Practicum.

Castilla del Pino, C. (2002 [1966]) “Un estudio sobre la depresión”. Madrid, Península.

Cirillo, S; Berrini, R; Cambiaso, G; Mazza, R. (1999) “La familia del toxicodependiente”. Barcelona, Paidós.

Conace y Ministerior del Interior de Chile (2004) “Mujeres y tratamiento de drogas. Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas”. Santiago de Chile, Conace y Ministerio del interior y seguridad pública.

Conde, F. (2009) “Análisis sociológico del sistema de discursos”. Madrid, CIS

Crespo, R; Codern, N. (2010) “Avaluació del Programa d’intercanvi de xeringues als Centres Penitenciaris de Catalunya. Resum executiu”. Desembre 2010. Fundació Doctor Robert. UAB

Denning, P; Little, J; Glikman, A. (2004) "Over the influence: the harm reduction guide for managing drugs and alcohol". New York, Guilford press.

Departament de Justícia (1991) "Centre Penitenciari Brians". Generalitat de Catalunya.

Departament de Justícia (1993) "Centre Penitenciari Brians Dones". Generalitat de Catalunya.

Departament de Justícia (2012) "Direcció General de Serveis Penitenciaris. Execució penal a Catalunya. Nº 52. Dades setmanals 26/12/2012". Disponible a [http://justicia.intranet/doc/doc\\_65768498\\_1.pdf](http://justicia.intranet/doc/doc_65768498_1.pdf)

Díaz, A; Barruti, M; Doncel, C. (1992) "Les línees de l'èxit? Estudi sobre la naturalesa i l' extensió del consum de cocaïna a Barcelona". Barcelona, Ajuntament de Barcelona

Dolan, K; Merghati, K; Brentari, C; Stevens, A. (2007). " Prisons and Drugs: A global review of incarceration, drug use and drug services. Report twelve". The Beckley Foundation Drug Policy Programme.

Douglas, M. (1996[1985]) "La Aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales". Barcelona, Paidós

Dummont, DM; Brockmann, B; Dickman, S; Alexander, N; Rich, JD. (2012) "Public Health and the Epidemic of Incarceration". *Annu Rev Public Health*, 33:325-39.

Dunn, J; Ferri, CP. (1999) "Epidemiological methods for research with drug misusers: review of methods for studying prevalence and morbidity". *Rev Saude Publica*; 33(2):206-15.

Echeverri Vera, JA. (2010) "La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación". *Pensando Psicología*, vol. 6, núm. 11, pp. 157-166.

Esteban, Mari Luz (2006) "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". *Salud Colectiva* 2(1): 9-20.

Fazel, S; Bains, P; Doll, H. (2006) "Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review". *Addiction*; 101:181-91.

Fazel, S; Baillargeon, J. (2011) "The health of prisoners". *Lancet*; 377:956-65.

Fishman, H. Charles. (1990) "Tratamiento de adolescentes con problemas: un enfoque de terapia familiar". Barcelona, Paidós.

Foucault, M. (1989 [1975]) "Vigilar y Castigar". México, Siglo XXI.

García-Borés, J. (1995) "La cárcel". En Aguirre, A; y Rodríguez, A. (Eds.) "Patios abiertos y patios cerrados. Psicología Cultural de las instituciones" Barcelona, Editorial Boixareu, pp. 93-117.

García-Borés, J. (2003) "El impacto carcelario". En R. Bergalli (coor), Sistema penal y problemas sociales. Valencia, Tirant lo Blanc. Pp. 396-425.

García Lalinde, G. (coord.) (2004) "Bola de Nieve. Guía Didáctica del taller para Agentes de salud". Madrid, Grupo GID.

Garrido, V; Stangeland, P; Redondo, S. (2006) "Principios de Criminología" (3ª ed.) Valencia, Tirant lo Blanch.

Goffman, E. (1994 [1961]) "Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Buenos aires, Amorrortu

Goosdeel, A; Hariga, F; Theys, D. (1999) "Boule de Neige. Manual Boule-de-Neige Méthodologique". Bruxelles, Modus Vivendi

Gutiérrez Brito, J. (2008) "Dinámica del grupo de discusión". Madrid, CIS

Haley, J. (2008) "Terapia para resolver problemas". Buenos Aires, Amorrortu.

Hammet, TM. (2006) "HIV/AIDS and Other Infectious Diseases Among Correctional Inmates: Transmission, Burden, and an Appropriate Response". *Am J Public Health*;96:974-8.

Jürgens, R; Ball, A; Verster, A. (2009) "Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison". *Lancet infect*; 9:57-66.

Jürgens, R; Nowak, M; Day, M. (2011) "HIV and incarceration: prisons and detention". *Journal of the international AIDS Society*;14:26.

Knudsen, HK; Leukefeld, C; Havens, JR; Duvall, JL; Oser, CB; Stanton-Tindall, M; Mooney, J; Clarke, JG; Frisman, L; Surrat, H; Inciardi, JA. (2008) "Partner Relationship and HIV Risk Behaviors Among Women Offenders". *Journal of Psychoactive Drugs*; 40(4):471.

Lines, R; Jürgens, R; Betteridge, G; Stöver,H; Laticevschi, D; Nelles, J (2006[2004]) "L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des dones et expériences internacionales". Centre canadien d'information sur le VIH/sida

LOGP. Llei Orgànica 1/1979 de 26 de setembre, general penitenciària.

Lugo, Raúl P. (2004) "El empoderamiento y sus significados". *Revista Vitral* No. 60, X, marzo-abril. Disponible a : <http://www.vitral.org/vitral/vitral60/pedag.htm#1>

Marco, A; Saiz de la Hoya, P; García-Guerrero, J; y Grupo PREVALHEP. (2012) "Estudio Multicéntrico de Prevalencia de Infección por el HIV y factores asociados en las prisiones de España". *Rev Esp Sanid Penit*; 14:19-27.

Marlatt, GA; Gordon, JR. (1985) "Relapse prevention". New York, Guilford press.

Marlatt, GA; Tucker, JA; Donovan, D; Vuchinic, RE. (1997) "Help-seeking by substance abusers: the role of harm-reduction and behavioral economic approaches to facilitate treatment entry and retention". *NIDA research monograph* 165: 44-84.

Marlatt, GA; Donovan, D. (2005) "Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors". New York, Guilford press.

Marlatt, GA; Witzkiewitz, K. (2010) "Update on harm-reduction policy and intervention research". *Ann Rev Clin Psychol*; 6: 591-606.

Mc Murran, M. (2007). "What works in substance misuse treatments for offenders?". *Criminal Behavior and Mental Health*;17:225-233.

Miller, WR; Rollnick, S. (1999 [1989]) "La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas". Barcelona, Paidós.

Miller, WR; Rollnick, S. (2002) "Motivational interviewing: preparing people for change". New York, Guilford press.

Moos, RH. (2007). "Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders". Drug and Alcohol Dependence; 88: 109-121.

Muñoz García, JJ; Navas Collado, E; Graña Gómez, JL; Martínez Arias, R. (2006) "Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre Tipo A y Tipo B". Psychothema; 18(1):43-51.

Observatorio español sobre drogas (OED) (2007) "Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Internados en instituciones Penitenciarias. ESDIP 2006". Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Observatorio español sobre drogas (OED) (2012) "Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Internados en instituciones Penitenciarias. ESDIP 2011". Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Observatorio español sobre drogas (OED) (2013) "Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general en España. EDADES 2011-2012". Delegación del Gobierno para el Plan Nacional

Orford, J. (2001) "Excessive appetites: a psychological view of addictions (2nd edition)". Chichester, John Wiley & sons.

Peña-Orellana, M; Hernández-Viver, A; Caraballo-Correa, G; Albizu-García, CE. (2011) "Prevalence of HCV Risk Behaviors Among Prison Inmates: Tattooing and Injection Drug Use". Journal of Health Care for the Poor and Underserved; 22(3):962-82.

Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya, 329/2006, de 5 de setembre.

Rhodes, AG; Taxman, FS; Friedmann, PD; Cropsey, KL. (2008) "HCV in Incarcerated Populations: An Analysis of Gender and Criminality on Risk". Journal of Psychoactive Drugs; 40(4):493-501.

Rojas Marcos, L. (2010) "Superar la adversidad: el poder de la resiliencia". Madrid, Espasa.

Romero, M; Rodríguez, EM<sup>a</sup>; Durand-Smith, A; Aguilera, RM<sup>a</sup> (2003) "Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Primera parte". Salud Mental, 26, 6, 76-83

Romo, Núria (2001) "Mujeres y drogas de síntesis: Género y riesgo en la cultura del baile". Donostia, Tercera Prensa.

Saiz de la Hoya, P; Marco, A; García-Guerrero, J; Rivera, A; PREVALHELP Group study. (2011) "Hepatitis C and B prevalence in Spanish prisons". Eur j Clin Microbiol Infect Dis; 30:857-62.

Sierra Rodriguez, Javier (2011) "Manual de políticas públicas penitenciarias. Aproximación a través de estudios de caso". Murcia, Universidad de Murcia.

Silva, TC; Vallejo, F; Fernández, D; Ruiz, S; Ambrós, M; Vallés, N. (2006) "Conflicto social en jóvenes consumidores de heroína". Boletín Criminológico 85. Disponible en: <http://www.boletincriminologico.uma.es/boletines/85.pdf>

Soriano, V; González-Lahoz, J. (2005) "Hepatitis C y VIH en prisiones españolas". Enferm Infecc Microbiol Clin; 23(2):51-2.

Spink, MJP (2007) "Posicionando a las personas por medio del lenguaje de los riesgos: reflexiones acerca del desarrollo de "habilidades personales" como estrategia de promoción de la salud". FERMENTUM AÑO 17 - Nº 50 - Sep- Dic, 575-598

Spink, MJP; Menegon, VM. (2006) "Prácticas discursivas como estrategias de gubernamentalidad: el lenguaje de los riesgos en documentos de dominio público". En: Íñiguez, L. Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Barcelona, Ediciones UOC, pp. 197-230

Stanton, MD; Todd, TC. (1990) "Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas". Barcelona, Gedisa.



Strain, EC; Stitzer, M. (2006). "The Treatment of Opioid Dependence". Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Suelves, JM; Robert, A. (2012) "La conducta suicida: una mirada desde la salud pública". Rev Esp Med Legal; 38: 137-42.

Szasz, T. (1990 [1985]) "Drogas y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores". México-Madrid, F.C.E.

Tohme, RA; Holmberg, SD. (2012) "Transmission of Hepatitis C Virus Infection Trough Tatoeing and Piercing: A Critical Review". Clinical Infectious Diseases; 54(8):1167-78

Torres, Analí (2009) "La educación para el empoderamiento y sus desafíos". Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 10, 1, pp. 89-108.

Valverde Molina, Jesús (1991) "La cárcel y sus consecuencias: la intervención sobre la conducta desadaptada". Madrid, Popular.

Verdejo-García, A; López-Torrecillas, F; Giménez, CO; Pérez-García, M. (2004) "Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant and opioid abuse". Neuropsych Rev; 14(1):1-41.

Vicens, E; Tort, V; Dueñas, RM; Muro, A; Pérez-Arnau, F; Arroyo, JM; Acín, E; De Vicente, A; Guerrero, R; Lluch, J; Planella, R; Sarda, P. (2011) "The prevalence of mental disorders in Spanish prisons". Criminal Behavior and Mental Health; 21:321-32.

Wacquant, L. (2000 [1999]) "Las cárceles de la miseria". Madrid, Alianza

WHO/UNODC/UNAIDS. (2007) "Effectiveness of interventions to adress HIV in prisons: comprehensive review.Evidence for action technical papers". Geneva, WHO.

Zino, Julio. (1995) "El discurrir de las penas. Institución y trayectorias sociales. El caso de la prisión". Barcelona: Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona. Departament d'Antropología Cultural i Història d'Amèria i d'Àfrica.

## 9. Annex: dades de l'anàlisi quantitativa: l'enquesta

### 9.1. Anàlisi de valors perduts

#### 9.1.1. Percentatges de Valors perduts a les principals variables analitzades

VARIABLE	N Vàlida	N Val perduts	% Val perduts
Edat	173	5	3%
Sexe	178	0	0%
Lloc naixement	171	7	4%
Preocupació familiar	176	2	1%
Font ingressos ppal	175	3	2%
Addicció reconeguda	178	0	0%
Subst problema ppal	133	45	25,3%
Via administració ppal	94	84	47,2%
Consum drogues(6 mesos)	175	3	2%
Heroïna(6 mesos)	174	4	2%
Cocaïna(6 mesos)	173	5	3%
Cànnabis (6 mesos)	174	4	2%
Alcohol (6mesos)	171	7	1%
Psicofàrmacs(6 mesos)	172	6	3%
Tabac(6 mesos)	175	3	2%
Tract drogues llibertat	177	1	1%
Tract drogues presó	178	0	0%
Tract metadona	176	2	1%
Importància tract salut	175	3	2%
Prova VIH	172	6	3%
Prova VHC	162	16	9%
Infecció MTSS	152	26	15%
Injecció a presó	174	4	2%
Tatuatge a presó	174	4	2%
Sexe sense protecció	178	0	0%
Temps condemna(anys)	167	11	6%
Temps condemna actual(anys)	172	6	3%
Primers graus	168	10	6%
Antecedents trast mental	166	12	7%

#### 9.1.2. Principals correlacions amb la variable Nombre de valors perduts (per persona)

VARIABLES	Nº VAL PERDUTS	Signif P
Addicció reconeguda	-0,177	0,018
Tabac (6 mesos)	-0,251	0,001
Prova MTSS	-0,477	<0,001
Prova VIH	- 0,193	0,011
Prova VHC	-0,362	<0,001

\*Les correlacions entre variables han estat calculades amb la r de Spearman

### 9.1.3. Grup de treball post-enquesta amb els entrevistadors

L'entrega de les enquestes per part dels Agents de Salut es va fer en grup, per tal de poder compartir les impressions sobre el procés de realització de les entrevistes i fer un anàlisi crític del qüestionari utilitzat. D'aquesta trobada destaquen un conjunt d'apreciacions rellevants:

1.- Idees sorgides del procés d'administració de l'enquesta:

- Ha estat més fàcil enquestar a persones conegudes que a persones sense cap tipus de vincle.
- Malgrat les dificultats, en molts casos s'ha estat capaç d'aconseguir un clima de relativa sinceritat i d'obertura emocional.
- És necessari invertir un temps en saber si la persona que entrevistars es troba bé i amb ganes de fer l'esforç de respondre les preguntes. Si és necessari es deixarà l'entrevista per un altre moment.
- Parlar de malalties, estat de salut i relacions sexuals ha resultat difícil pels entrevistats. Aquests aspectes han estat els definits com els més sensibles d'abordar pels enquestadors.
- S'argumenta la sensació de que alguns entrevistats tenen certa por o vergonya a confrontar les seves pràctiques de risc i així prendre consciència d'elles.
- La por al control, per part de règim o dels equips de tractament penitenciari, i la desconfiança en relació a la confidencialitat de la enquesta han estat constants en les accions.
- La proposta de respondre una enquesta no sempre ha estat ben acollida. Els entrevistadors comenten que molta gent està cansada que se li preguntin pels seus problemes reaccionant en ocasions amb oposicionisme....

2.- Idees sobre l'enquesta com a eina per recollir informació:

- Els Agents de Salut descriuen dificultats de comprensió d'algunes preguntes que estaven formulades en un format que resultava poc accessible, especialment per les persones amb nivell de lecto-escriptura i de comprensió més baix. Es planteja la possibilitat de reescriure les preguntes amb l'objectiu de que siguin més directes, senzilles i curtes.
- Es planteja la possibilitat de dirigir el qüestionari a necessitats i problemes més

immediats de les persones empresonades i no tant de drogues.

- Respecte a l'adequació dels temes proposats i de les preguntes concretes de l'enquesta, els agents qüestionen de manera un tant desdenyosa la rellevància dels ítems formulats per conèixer el que succeeix a presó a nivell de consum de substàncies i de conductes de risc de contagi de malalties relacionades. Quan se'ls pregunta pels temes i preguntes que ells proposarien es queden fixats majoritàriament en transmetre els abusos i les injustícies que pateixen essent molt difícil obtenir cap alternativa.

- Malgrat els esforços per demostrar el contrari, no acaba de desaparèixer un sentiment de desconfiança respecte a la finalitat de l'enquesta: hi ha un corrent d'agents de salut que la interpreten com un mitjà per treure'n profit d'ells, manifestant sospites que aquesta acció sigui utilitzada per interessos propis d'alguna mena: alguns donen a entendre vagament que aquesta comportarà un benefici econòmic als professionals però no acaben d'elaborar un mòbil consistent que justifiqui aquest argument. Aquesta actitud trasllueix un cert substrat d'orgull de classe, de sentiment de superioritat per estar en possessió de coneixements ambicionats, capaços de commocionar la societat al ser revelats.

### 3.- Propostes de millora:

- Assajar les possibles estratègies i/o tècniques abans de passar les enquestes mitjançant exercicis tipus *role-playing*.

- Dedicar més esforços a treballar les resistències dels entrevistadors davant l'enquesta, això pot implicar-los més en el treball i facilitar l'obtenció d'una informació de més qualitat.

## 9.2. Anàlisis descriptives

### 9.2.1. Variables sociodemogràfiques

VARIABLE	MITJA (D.S)
Edat	36,75 (8,41)
VARIABLE	n (%)
Sexe (N=178)	Home: 110 (61,8%) Dona: 68 (38,2%)
Lloc de naixement (N=175)	Espanya: 153 (89,5%) Estranger: 18 (10,5%)

### 9.2.2. Variables socioeconòmiques

VARIABLE	n (%)
Vincle familiar (N=175)	Sí: 147(85,0%) No: 26(15,0%)
Preocupació problemes familiars (N=176)	Poca o Nul·la: 10 (5,7%) Significativa: 166 (94,3%)
Principal font d' ingressos a presó (N=174)	Peculi: 110 (63,2%) Feina : 50 (28,7%) Pensió : 14 (8,0%)

### 9.2.3. Variables delictives i penitenciàries

<b>VARIABLE</b>	<b>MITJA (D.S)</b>
Anys de condemna	8,61 (6,48)
Anys complerts condemna actual	3,92 (3,54)
<b>VARIABLE</b>	<b>n (%)</b>
Condemnes complertes (N=174)	Primari: 46 (26,4%) Reincident: 63 (36,2%) Multireincident: 65 (37,4%)
Sancions (N= 167)	Sí: 109 (65,3%) No: 58 (34,7%)
Primers graus (N= 168)	Cap: 119 (70,8%) Un: 38 (22,6%) Diversos: 11 (6,5%)

### 9.2.4. Variables de drogodependència i de tractament de drogues

<b>ADDICCIÓ PRINCIPAL</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>n (%)</b>	
Substància problema principal (N=133)	Heroïna:	64 (48,1%)
	Cocaïna:	44 (33,1%)
	Cànnabis:	3 (2,3%)
	Alcohol:	7 (5,3%)
	Psicofàrmacs:	4 (3,0%)
	Metadona:	2 (1,5%)
	Tabac:	9 (6,8%)
<b>VIA D'ADMINISTRACIÓ</b>		
Heroïna (N=51)	Injectada	6 (11,8%)
	Fumada	22 (43,1%)
	Esnifada	23 (45,1%)
Cocaïna (N=18)	Injectada	5 (27,8%)
	Fumada	6 (33,8%)
	Esnifada	7 (38,9%)
<b>VARIABLE</b>	<b>n (%)</b>	
Consum abans carrera delictiva (N=164)	Sí:	104 (63,4%)
	No:	60 (36,6%)
Addicció reconeguda (Tabac exclòs) (N=178)	Sí:	124 (69,7%)
	No:	54 (30,3%)
Substància problema principal (Tabac exclòs) (N=124)	Heroïna-Opiacis:	66 (53,3%)
	Cocaïna:	44 (35,5%)
	Altres:	14 (11,3%)
Possible heroïnòman (N=147)	Sí	101 (68,7%)
	No	46 (31,3%)

<b>CONSUM DE SUBTÀNCIES ADDICTIVES ELS ÚLTIMS 6 MESOS</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>n (%)</b>	
Consum de drogues il·legals (N= 175)	Sí: No:	132 (75,4%) 43 (24,6%)
Consum d' Heroïna (N=174)	Sí: No:	89 (51,1%) 85 (48,9%)
Consum de Cocaïna (N=173)	Sí: No:	47 (27,2%) 126 (72,8%)
Consum de Cànnabis (N= 174)	Sí: No:	115 (66,1%) 59 (33,9%)
Consum d'Alcohol (N=171)	Sí: No:	15 (8,8%) 156 (91,2%)
Consum de Psicofàrmacs (N=172)	Sí: No:	75 (41,5%) 97 (58,5%)
Medicació receptada (N=61)	Sí No	37 (60,7%) 24 (39,3%)
Consum de Tabac (N=175)	Sí: No:	158 (90,3%) 17 (9,7%)
<b>TRACTAMENT DE LA DROGODEPENDÈNCIA</b>		
Tractament de drogues en llibertat (N= 177)	Sí: No:	88 (49,7%) 89 (50,3%)
Tractament drogues a presó (N=178)	Sí: No:	106 (59,6%) 72 (40,4%)
Participació programa de metadona (N=101)	Sí: No:	73 (72,3%) 28 (27,7%)



### 9.2.5.Salut física i mental, conductes de risc

ESTAT DE SALUT FÍSICA		
VARIABLE	n (%)	
Preocupació problemes salut (N=176)	Sí: No:	110 (62,5%) 66 (37,5%)
Importància tractament problemes salut (N= 175)	Sí: No:	108 (61,7%) 67 (38,3%)
Realització proves MTSS (N=178)	Sí No	132 (74,2%) 46 (25,8%)
Realització proves VIH (N=178)	Sí: No:	161 (90,4%) 17 (9,6%)
Realització proves VHC (N=178)	Sí: No:	134 (75,3%) 46 (24,7%)
Infecció MTSS (N= 152)	Sí: No:	60 (39,5%) 92 (60,5%)
Virus VIH positiu (N= 123)	Sí: No:	36 (24,3%) 112 (75,7%)
Virus VHC positiu (N= 123)	Sí : No:	48 (39,0%) 75 (61,0%)
Coinfecció (N=119)	Sí: No:	24 (20,2%) 95 (79,8%)
VIH positiu en tractament (N=35)	SÍ: No:	30 (85,71%) 5 (14,29%)
HCV positiu en tractament (N= 45)	Sí: No:	11 (24,4%) 34 (75,6%)

<b>SALUT MENTAL (PASSAT)</b>	
<b>VARIABLE</b>	<b>VARIABLE</b>
Antecedents de tractament per trastorn mental (N=166)	Sí: 84 (50,6%) No: 82 (49,4%)

<b>CONDUCTES DE RISC PEL CONTAGI DE MALALTIES INFECCIONSES</b>	
<b>VARIABLE</b>	<b>n (%)</b>
Injecció a presó (darrers 6 mesos) (N=174)	Sí: 33 (19,9%) No: 141 (81,0%)
Heroïna (N=31)	Sí: 30 (96,8%) No: 1 (3,2%)
Cocaïna (N=30)	Sí: 17 (56,7%) No: 13 (43,3%)
Compartir material (N=31)	Sí: 18 (58,1%) No: 13 (41,9%)
Participació en Programa de Intercanvi de Xeringues (PIX) (N= 30)	Sí: 12 (40,0%) No: 18 (60,0%)
Tatuatge a presó (N= 174)	Sí: 82 (47,1%) No: 92 (52,9%)
Tatuatge estèril a presó (N=82)	Sí: 43 (52,4%) No: 39 (47,6%)
Relacions sexuals sense protecció (N= 178)	Sí: 127 (71,3%) No: 51 (28,7%)

### 9.3. Comparacions bivariades

#### 9.3.1 Comparacions amb variables de drogodependència i de tractament de la mateixa

##### 9.3.1.1. Consum de drogues il·legals (darrers 6 mesos)

	SI	NO	
VARIABLE	X (D.S)	X (D.S)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Edat	36,05 (8,04)	38,62 (9,40)	0,087

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Lloc de naixement			
Espanyol	94,5%	74,4%	0,001
Estranger	5,6%	25,6%	
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Condemnes complertes			
Primari	20,2%	42,9%	0,006
Reincident	37,2%	35,7%	
Multireincident	42,6%	21,4%	
Contrastos sig : Reincident-Primari (P=0,0059), Multireincident-Primari (P=0,002)			
Primers graus	32,5%	17,1%	0,057
Sancions	71,5%	47,6%	0,005
<i>VARIABLES SOCIOECONÒMIQUES</i>			
Font ingressos principal			
Pensió	10,0%	2,4%	0,006
Peculi	65,4%	57,1%	
Feina	24,6%	40,5%	
Contrastos significatius: Feina-Pensió (p=0,044)			

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>ALTRES VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE LES DROGUES</i>			
Substància problema ppal			
Heroïna	57,7%	26,3%	0,004
Cocaïna	34,6%	42,1%	
Altres	7,7%	31,6%	TL=0,001
Contrastos significatius: Heroïna-altres (P=0,001), Cocaïna-altres (P=0,060), Heroïna-Cocaïna (P=0,097)			
Addicció Reconeguda	78,8%	44,2%	<0,001
Tract drogues a presó	65,9%	41,9%	0,005
Metadona	59,5%	31,0%	0,001

### 9.3.1.2.Sobredosi

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Lloc de naixement			
Espanyol	96,7%	84,2%	
Estranger	3,3%	15,8%	0,018
<i>ALTRES VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE LES DROGUES</i>			
Consum drogues (darrers 6 mesos)	90,9%	73,8%	0,016
Addicció reconeguda	85,5%	61,3%	0,001
Tractment drogues llibertat	69,4%	40,0%	0,001
Tractment drogues a presó	77,4%	50,0 %	0,001
Metadona	77,4%	40,0%	<0,001
<i>VARIABLES DE SALUT I CONDUCTES DE RISC</i>			
Antecedents trastorn mental	61,1%	40,5%	0,020
<i>VARIABLES SOCIOECONÒMIQUES</i>			
Vincle familiar	77,0%	91,3%	0,069

### 9.3.1.3. Tractament de drogues a presó

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Lloc de naixement			
Espanyol	96,0%	80,0%	0,001
Estranger	4,0%	20,0%	
<i>ALTRES VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE LES DROGUES</i>			
Addicció reconeguda	83,0%	50,0%	<0,001
Metadona	75,2%	19,7%	<0,001
<i>VARIABLES DE SALUT I CONDUCTES DE RISC</i>			
Preocupació salut	67,6%	54,9%	0,088
Importància tractament problemes salut	71,2%	47,9%	0,002
Antecedents trast mental	60,2%	34,9%	0,002
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Primers graus	64,0%	80,9%	0,018

### 9.3.1.4. Metadona

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>ALTRES VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE LES DROGUES</i>			
Substància principal			
Heroïna	62,5%	39,1%	0,006
Cocaïna	32,5%	39,1%	
Altres	5,2%	21,7%	TL=0,002
Contrastos significatius: Cocaïna-altres (P=0,055), Heroïna-altres (P=0,002)			
Consum abans delictes	70,8%	55,4%	0,042
Addicció reconeguda	82,8%	55,4%	<0,001
Tract drogues llibertat	75,3%	17,9%	<0,001
Tract drogues a presó	84,9%	31,3%	<0,001
Sobredosis	60,0%	22,6%	<0,001
<i>VARIABLES DE SALUT I CONDUCTES DE RISC</i>			
Importància tractament problemes salut	69,6%	53,1%	0,026
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Condemnes complertes			
Primari	45,6%	28,0%	0,032
Reincident	34,4%	37,8%	
Multireincident	20,0%	34,1%	TL= 0,009
Contrastos significatius: Multireincident-Primari (P=0,010)			
<i>VARIABLES SOCIOECONÒMIQUES</i>			
Font d'ingressos principal			
Pensió	9,8%	6,3%	0,070
Peculi	68,5%	56,3%	
Feina	21,7%	37,5%	TL=0,042
Contrastos significatius: Feina-Peculi (P=0,032)			

### 9.3.2 Comparacions amb variables de salut i conductes de risc

#### 9.3.2.1. Importància tractament problemes de salut (darrers 30 dies)

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Sexe			
Home	51,9%	79,1%	<0,001
Dona	48,1%	20,9%	
Lloc de naixement			
Espanyol	93,2%	83,1%	0,039
Estranger	6,8%	16,9%	
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Participació en Programa de Intercanvi de Xeringues (PIX)	13,7%	1,5%	0,007
Relacions sexuals sense protecció	65,7%	40,9%	0,001
<i>VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE DROGUES</i>			
Tract de drogues llibertat	57,0%	38,8%	0,019
Tractament drogues presó	68,5%	44,8%	0,002
Metadona	59,8%	42,4%	0,026
Educació reducció danys	63,5%	59,5%	0,678
<i>VARIABLES SOCIOECONÒMIQUES</i>			
Font ingressos principal			
Pensió	10,4%	4,6%	0,036
Peculi	67,0%	55,4%	
Feina	22,6%	40,0%	
TL= 0,041			
Contrastos significatius: Feina-Pensió (p=0,042), Feina-Peculi (p=0,028)			

### 9.3.2.2. Proves MTSS

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Preocupació salut (darrers 30 dies)	67,9%	46,7%	0,011
Importància tractament problemes de salut (darrers 30 dies)	68,7%	40,9%	0,001
Antecedents trast mental	54,6%	36,1%	0,049
<i>VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE DROGUES</i>			
Consum abans del delicte	67,5%	50,0%	0,050
Tract de drogues llibertat	57,6%	26,7%	<0,001
Tractament drogues presó	65,2%	43,5%	0,010
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Condemnes complertes			
Primari	30,0%	15,4%	0,008
Reincident	39,2%	27,3%	
Multireincident	30,8%	56,8%	TL= 0,004
Contrastos significatius: Multi-Reincid (p=0,0015), Multi-Primari (p=0,008)			



### 9.3.2.3. Infecció MTSS

	SI	NO	
VARIABLE	X (D.S)	X (D.S)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Edat	38,34 (6,56)	35,42 (8,82)	0,023

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Preocupació salut (darrers 30 dies)	63,3%	68,1%	0,542
Importància tractament problemes de salut (darrers 30 dies)	65,0%	67,0%	0,796
Injecció a presó	33,9%	11,1%	0,001
Compartir	66,7%	25,0%	0,021
PIX	13,8%	4,6%	0,066
Tatuatge a presó	63,3%	37,4%	0,002
<i>VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE DROGUES</i>			
Consum Drogues (6 mesos)	43,1%	20,2%	0,003
Addicció reconeguda	81,7%	67,4%	0,053
Tract drogues llibertat	68,3%	38,5%	<0,001
Tractament drogues presó	76,7%	55,4%	0,008
Metadona	85,0%	38,9%	<0,001

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>VARIABLE</b>	<b>P (%)</b>	<b>P(%)</b>	<b>Valor P</b>
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Condemnes complertes			
Primari	18,3%	35,6%	0,040
Reincident	35,0%	34,4%	
Multireincident	46,7%	30,0%	TL= 0,012
Contrastos significatius: Multi-Primari (0,011)			
<i>VARIABLES SOCIOECONÒMIQUES</i>			
Vinçle familiar	74,6%	94,3%	0,001

Amb les variables de resultat Virus VIH i Virus VHC tenim uns resultats iguals que amb la variable Infecció MTSS, així doncs no veiem necessari incloure-les separadament.

### 9.3.2.4. Coinfecció

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Importància tractament problemes de salut (Darrers 30 dies)	87,5%	66,0%	0,039
Tatuatge a presó	75,0%	43,6%	0,006
<i>VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE DROGUES</i>			
Tract drogues llibertat	87,5%	47,4%	<0,001
Tractament drogues presó	87,5%	58,9%	0,009
Metadona	100,0%	47,9%	<0,001
<i>VARIABLES SOCIOECONÒMIQUES</i>			
Víncle familiar	58,3%	93,5%	0,001
Font ingressos principal			
Pensió	13,0%	8,6%	0,036
peculi	87,0%	54,8%	
Feina	0 %	36,6%	TL= 0,001
Contrastos significatius: Feina-Pensió (0,012), Feina-Peculi (<0,001)			

### 9.3.2.5. Consum Inyectat

	SI	NO	
VARIABLE	X (D.S)	X (D.S)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Edat	39,47 (8,44)	36,05 (8,21)	0,036
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Anys de condemna	10,93 (8,32)	7,88 (5,63)	0,057

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Infecció MTSS	66,7%	32,8%	0,001
Virus VHC	70,8%	30,6%	<0,001
<i>VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE DROGUES</i>			
Tract drogues llibertat	66,7%	46,8%	0,040
Tractament drogues presó	78,8%	55,3%	0,013
Metadona	84,8%	46,4%	<0,001
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Primers graus			
Cap	60,7%	72,3%	0,003 TL= 0,020
Un	17,9%	24,1%	
Diversos	21,4%	3,6 %	
Contrastos significatius: Diversos-Un (p=0,004) Diversos-Cap (p=0,005)			
<i>VARIABLES SOCIOECONÒMIQUES</i>			
Font ingressos principal			
Pensió	12,1%	7,2%	0,060 TL= 0,040
Peculi	75,8%	60,4%	
Feina	12,1 %	32,4%	
Contrastos significatius: Feina-Peculi (p=0,043), Feina-Pensió (p=0,027)			

### 9.3.2.6. Participació en PIX (Filtrada)

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Sexe			
Home	33,3%	83,3%	0,005
Dona	66,7%	16,7%	
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Infecció MTSS	66,7%	37,6%	0,049
Virus VHC	87,5%	35,5%	0,004
Importància tractament problemes de salut	90,4%	50,0%	0,025
<i>VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE DROGUES</i>			
Substància problema ppal			
Heroïna	37,5%	85,7%	0,020
Cocaïna	62,5%	14,3%	
Coneix CAS	100,0%	72,2%	0,126
Tractament sanitari	91,7%	61,1%	0,064
Metadona	100%	77,8%	0,130

### 9.3.2.7. Compartir (filtrada)

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Infecció MTSS	87,5%	50,0%	0,030
Tatuatge a presó	77,8%	33,3%	0,015
Tatuatge estèril	28,6%	75,0%	0,093
Participació PIX	27,8%	54,5%	0,030
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Primers graus			
Cap	62,5%	50,0%	0,081
Un	6,3%	40,0%	
Diversos	31,3%	10,0 %	TL= 0,747
Contrastos significatius: Cap-Un (P=0,069), Diversos-Un (P=0,036)			

### 9.3.2.8. Tatuatge a presó

	SI	NO	
VARIABLE	X (D.S)	X (D.S)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Edat	35,33 (7,42)	37,60 (8,56)	0,077
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Anys de condemna	9,91 (6,74)	7,49 (6,02)	0,017
Anys condemna actual	4,69 (3,88)	3,27 (3,06)	0,010

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Lloc de naixement			
Espanyol	93,6%	85,4%	0,088
Estranger	6,4%	14,6%	
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Infecció MTSS	52,8%	27,8%	0,002
Virus VIH	34,3%	15,6%	0,008
Virus VHC	52,2%	26,2%	0,003
Tatuatge estèril	52,4%	11,1%	0,019
Compartir	71,4%	28,6%	<u>0,013</u>
<i>VARIABLES DE DROGODEPENDÈNCIA I TRACTAMENT DE DROGUES</i>			
Tract drogues llibertat	56,1%	42,9%	0,082
Tractament drogues presó	65,9%	53,3%	0,092
Metadona	62,2%	44,4%	0,020

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>VARIABLES DELICTIVES I PENITENCIÀRIES</i>			
Condemnes complertes			
Primari	46,3%	30,3%	0,043
Reincident	35,4%	37,1%	
Multireincident	18,3%	32,6%	TL=0,012
Contrastos significatius: Primari-Multireincident (0,013)			
Primers graus	46,2%	12,6%	<0,001
<i>VARIABLES SOCIOECONÒMIQUES</i>			
Font ingressos principal			
Pensió	12,3%	3,4%	0,007
Peculi	67,9%	58,4%	
Feina	19,8 %	38,2%	TL= 0,044
Contrastos sig : Peculi-feina (p=0,023),Pensió-feina (p=0,003),Pensió-peculi (0,081)			

### 9.3.2.9. Tatuatge estèril a presó (filtrada)

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES</i>			
Lloc de naixement			
Espanyol	100%	86,7%	0,015
Estranger	0%	13,3%	
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Infecció MTSS	34,2%	62,5%	0,012
Virus VHC	29,6%	61,5%	0,011

La variable Tatuatge estèril comparteix bastant les característiques de la de Tatuatge a presó, amb la única i rellevant diferència que en la primera són els subjectes amb menys temps de condemna els que estan més representats entre aquells que es tatuen de manera estèril.



### 9.3.2.10. Relacions sexuals sense protecció

	SI	NO	
VARIABLE	P (%)	P(%)	Valor P
<i>ALTRES VARIABLES DE SALUT FÍSICA, MENTAL I CONDUCTES DE RISC</i>			
Importància tractament problemes de salut (darrers 30 dies)	56,3%	75,5%	0,019

## 9.4. Models predictius-multivariants

### 9.4.1. Consum de drogues il·legals ( darrers 6 mesos)

VARIABLE	OR Aj (IC)	Significació P
Substància problema principal		
Heroïna-Altres	6,858(1,445-32,557)	0,015
Cocaïna-Altres	3,602(0,792-16,383)	0,097
Edat	0,931 (0,867-0,999)	0,047
Condemnes complertes (Multireincident-Primari)	9,027(1,777-45,487)	0,008

Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=4,382$ ;  $P=0,821$ )

#### 9.4.2. Sobredosi

VARIABLE	OR Aj (IC)	Significació P
Tractament drogues presó	7,510(2,902-19,436)	<0,001
Víncle familiar	0,245 (0,068-0,888)	0,032

Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=2,384$ ;  $P=0,304$ )

#### 9.4.3. Tractament de Drogues a presó

VARIABLE	OR Aj (IC)	Significació P
Lloc de naixement	0,144 (0,040-0,516)	0,003
Addicció reconeguda	4,880(2,166-10,995)	<0,001
Ant trastorn mental	2,365(1,099-5,092)	0,028

Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=0,511$ ;  $P=0,917$ )

#### 9.4.4. Proves MTTs

VARIABLE	OR Aj (IC)	Significació P
Importància tract salut	2,506 (1,093-5,747)	0,030
Tract drogues llibertat	2,729 (1,157-6,437)	0,022
Condemnes complertes		
Multireincident-Primari	0,323(0,109-0,951)	0,040

Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=4,714$ ;  $P=0,788$ )

#### 9.4.5. Importància tractament drogues

VARIABLE	OR Aj (IC)	Significació P
Lloc de naixement	0,278(0,088-0,878)	0,029
Sexe	0,231 (0,109-0,490)	<0,001

Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=0,005$ ;  $P=0,998$ )

#### 9.4.6. Infecció MTSS

VARIABLE	OR Aj (IC)	Significació P
Injecció	4,331(1,386-13,538)	0,012
Tract drogues llibertat	3,050(1,235-7,531)	0,016
Vincle familiar	0,143(0,034-0,604)	0,008

Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=2,561$ ; P=0,464)

#### 9.4.7. Injecció a presó

VARIABLE	OR Aj (IC)	Significació P
Primers graus (Diversos-cap)	17,187 (1,592-185,539)	0,019
Temps condemna anys	1,092(0,997-1,197)	0,059
Tract metadona	5,503(1,311-23,096)	0,020

Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=2,229$ ; P=0,973)

#### 9.4.8. Tatuatge a presó

VARIABLE	OR Aj (IC)	Significació P
Primers graus	4,802 (2,013-11,455)	<0,001
Infecció MTSS	2,444(1,109-5,386)	0,027
Font ingressos (Peculi-Pensió) (Treball-Pensió)	0,225(0,041-1,232) 0,119(0,019-0,730)	0,085 0,021

Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=0,167$ ; P=0,999)

#### 9.4.9. Sexe sense protecció

VARIABLE	OR Aj (IC)	Significació P
Importància tract salut	0,419(0,20-0,878)	0,021