

Original

RESP

Los discursos del riesgo de los usuarios de drogas en prisión

Clua-García R^{1,2}, Bañuls-Oncina E¹, Imbernón-Casas M¹, Jiménez-Vinaja R¹¹Centro penitenciario Brians 1. Sant Esteve Sesrovires. Barcelona.²Facultat de Ciències de la Salut de Manresa. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

RESUMEN

Introducción y objetivos: En los últimos veinte años, los cambios sociológicos y las actuaciones encaminadas a mejorar la salud de los reclusos han contribuido a disminuir la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y de sobredosis entre la población penitenciaria. Sin embargo, en la actualidad, se cuestiona la falta de innovación y la baja cobertura de programas específicos para las drogodependencias en estas instituciones. El objetivo de este trabajo es analizar los discursos de la población penitenciaria en torno al consumo de drogas y a los programas de drogodependencias.

Materiales y métodos: Estudio cualitativo con método fenomenológico. Se organizaron cuatro grupos de discusión con 29 consumidores de drogas. Se realizó un análisis del discurso de los posicionamientos del riesgo hacia el consumo de drogas y los programas de drogodependencias.

Resultados: De la imbricación de los posicionamientos hacia el consumo de drogas y los programas de drogodependencias, emergieron tres discursos: a) “temerario”, realiza prácticas de riesgo sin tomar medidas de prevención; b) “aventurero”, consume drogas conservando los beneficios que estas reportan y controla las consecuencias negativas del consumo utilizando medidas de prevención; c) “prudente”, se mantiene abstinento o consume ocasionalmente, minimizando al máximo los riesgos y daños.

Discusión: Las prácticas de consumo de drogas en prisión son asumidas por la población penitenciaria sobre la base de tres discursos del riesgo. Este estudio ilustra que para una mayor efectividad de las políticas de drogas en prisión es necesario adaptar los objetivos de los programas según la economización del riesgo de los consumidores de drogas.

Palabras clave: reducción del daño, metadona, programas de intercambio de agujas, evaluación de programas y proyectos de salud, investigación cualitativa, infecciones por VIH, hepatitis C, prisiones.

THE DISCOURSES OF RISK OF DRUG USERS IN PRISON

ABSTRACT

Introduction and objectives: In the last twenty years, sociological changes and actions aimed at improving the health of inmates have contributed to decrease the prevalence of infectious diseases and overdoses among prison population. Currently, however, drug addictions treatment penitentiary programs are questioned for lacking of innovation and deficiencies in coverage. In order to investigate this issue we analyzed the discourses of imprisoned people regarding drug use and drug addiction programs.

Materials and methods: We applied a qualitative phenomenological method. We carried out four discussion groups with 29 incarcerated drug users and made an analysis of the discourse about different positionings towards drug use and drug addiction treatment programs.

Results: From the combination of positions regarding drug use and drug addiction treatment programs emerged three kind of discourses respectively called: a) “reckless”, characteristic of people implied in risk practices without taking preventive measures; b) “adventurous”, typical of those that take drugs both keeping the benefits of these practices and controls its negative consequences using prevention measures; c) “prudent”, of abstainers or occasionally users that minimize risks and damages.

Discussion: Incarcerated population accept drug use practices based on three risk discourses. The present study shows out that, in order to increase the effectiveness of drug policies in prison, drug treatment programs goals must be adapted to drug users particular economization of risk strategies.

Keywords: harm reduction, methadone, needle-exchange programs, program evaluation, qualitative research, HIV infections, hepatitis C, prisons.

INTRODUCCIÓN

La población penitenciaria del Estado español presenta una prevalencia de consumo de drogas y problemas asociados al uso de la vía parenteral (VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.) mayor que la población general. No obstante, en los últimos veinte años se detecta una disminución general de la proporción de consumidores de todas las sustancias^{1,2} y de usuarios de drogas inyectables (UDI) en prisión, por el rechazo de las nuevas generaciones a usar la vía parenteral^{3,4} y por el aumento de inmigrantes que son menos UDI^{4,5}. Estos cambios sociológicos y las actuaciones encaminadas a mejorar la salud de los reclusos, incluyendo programas de prevención y control de enfermedades, programas de reducción de daños y de promoción de la salud, han contribuido a una disminución de la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas (VIH, hepatitis, etc.) y de las sobredosis entre la población penitenciaria⁶.

Sin embargo, continúan detectándose consumidores de drogas con serios problemas de salud, muchos de ellos UDI, y una baja cobertura de los programas de reducción de daños, que son preocupantes para detener la re/infección del VIH y las hepatitis B y C en este contexto⁷. En la actualidad, es muy probable que el cambio de perfil de la población penitenciaria pueda haber influenciado negativamente a las administraciones responsables para continuar promoviendo programas específicos para las drogodependencias.

Las preguntas que surgen ante esta situación son: saber cuáles son los riesgos del consumo de drogas que se asumen, y cuáles son los posicionamientos hacia

las propuestas de intervención dentro de prisión. En este contexto, no se conocen estudios cualitativos que hayan explorado esta cuestión. Tomando una perspectiva sociocultural, se consideró que las diferentes prácticas y discursos hacia el consumo de drogas son determinadas a partir de la experiencia del riesgo, y precisas ser analizadas en el contexto que interactúan los consumidores de drogas⁸. Desde este planteamiento, el estudio se apoya en que la aceptabilidad de las diferentes formas de consumo se construye simbólicamente según la economización del riesgo de los individuos y los colectivos^{9,10}.

Conociendo que en el centro penitenciario Brians 1 se detecta el problema descrito, se realizó esta investigación con el objetivo de analizar los discursos del riesgo de la población penitenciaria en torno al consumo de drogas y a los programas de drogodependencias, elementos necesarios para orientar el diseño de políticas de drogas más efectivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una investigación cualitativa realizada con el método fenomenológico de Schütz¹¹. Este enfoque permitió desarrollar una teoría de las experiencias y los discursos de los participantes, los cuales asumen que la realidad es comprensible desde el sentido común que manejan. Esta investigación se llevó a cabo en el centro penitenciario Brians 1 de Sant Esteve Sesrovires (Barcelona), centro de cumplimiento mixto con capacidad de unos 1.500 reclusos (desde principios de 2017, se trata de un centro de preventivos).

Tabla 1. Diseño y características de los participantes de los grupos de discusión

Grupo de discusión nº 1 (GD1)	Formado por cuatro hombres y dos mujeres de edades comprendidas entre 37 y 47 años. Drogodependientes de larga evolución, con un consumo de drogas ocasional. Todos eran agentes de salud, no eran usuarios del PMM y no utilizaban el PIJ. Cinco estaban infectados por el VHC, sin tratamiento, de los cuales dos eran VIH+ en tratamiento.
Grupo de discusión nº 2 (GD2)	Formado por seis hombres y dos mujeres de edades comprendidas entre 31 y 46 años. Drogodependientes de larga evolución en consumo activo. Todos eran agentes de salud, cinco estaban en PMM, de los cuales dos participaban en el PIJ. Cinco eran VHC+ sin tratamiento, de los cuales dos eran VIH+ sin tratamiento.
Grupo de discusión nº 3 (GD3)	Formado por siete hombres y dos mujeres de edades comprendidas entre 24 y 55 años. En este grupo participaron consumidores ocultos. Ninguno estaba en PMM o participaba en el PIJ. Dos estaban infectados por el VHC, sin tratamiento.
Grupo de discusión nº 4 (GD4)	Formado por seis hombres de edades comprendidas entre 32 y 45 años. Este grupo comprendía consumidores de drogas de larga-media evolución, vinculados a un grupo de promoción de la salud. Tres estaban en PMM y no participaban en el PIJ. Cuatro eran VIH+ con tratamiento, uno de ellos coinfectado por el VHC con tratamiento, y otro VHC+ sin tratamiento.

Nota. PIJ: programa de intercambio de jeringuillas. PMM: programa de mantenimiento con metadona. VHC: virus de la hepatitis C. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Se realizaron cuatro grupos de discusión entre julio y noviembre de 2012, en los que participaron 29 reclusos consumidores de drogas de edades comprendidas entre 24 y 55 años, de los cuales 23 eran hombres y seis, mujeres (Tabla 1).

Para organizarlos, se contactó con usuarios que participasen en programas de drogodependencias y, mediante la técnica de bola de nieve¹², se accedió a la población oculta recomendada por los participantes de los grupos de discusión de usuarios conocidos. Estos se compusieron de usuarios de diferentes módulos de la prisión. No fueron seleccionados para reproducir una situación demográfica, sino para reunir a un conjunto de personas que garantizaran unos discursos relevantes con respecto a los objetivos de la investigación. Para ello, se realizó un muestreo teórico e intencional¹³, de acuerdo a las categorías del patrón de consumo, del estado serológico y la vinculación a los programas de drogodependencias de la prisión.

El grupo de discusión es una técnica para conseguir información de manera flexible, abierta y no directiva, mediante la activación del diálogo y la interacción entre los participantes¹⁴⁻¹⁶. Para recopilar la información, se elaboró una guía con los siguientes temas clave:

- Motivos de consumo en prisión.
- Tipos de drogas que se consumen y vía de consumo.
- Valoración de los programas de prevención, tratamiento y reducción de daños.
- Propuestas para mejorar la intervención a las drogodependencias.

Los grupos de discusión se realizaron en un aula multiusos, ubicada fuera de las dependencias de los módulos residenciales, fueron grabados en audio y transcritos textualmente para su posterior análisis; si bien, el análisis del discurso se inició en el curso de las sesiones. Para ello, se utilizaron diferentes técnicas de dinamización para hacer hablar a los participantes y solidificar sus discursos^{14,16}. Tras las sesiones, se anotaron las impresiones finales, necesarias para el análisis global. Para conocer los posicionamientos de los participantes en torno al problema de estudio, se tomó la propuesta del *Análisis sociológico del sistema de discursos* de Conde¹⁵. De este modo, los datos recogidos fueron analizados y etiquetados para generar códigos. A continuación, sin perder de vista la composición global de los textos, los códigos se compararon y ordenaron en categorías, con el fin de producir un relato analítico de los discursos en relación con el objeto de estudio.

El estudio fue previamente evaluado por el *Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada de Bar-*

celona. Se tomaron en cuenta consideraciones éticas con respecto a la confidencialidad y el anonimato de los participantes de la investigación, cumpliéndose la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*. Todos los participantes de los grupos de discusión firmaron un consentimiento informado sobre los objetivos de la investigación y el uso de los datos recogidos.

RESULTADOS

Cuando se exploraron los posicionamientos de los participantes, emergieron tres discursos que se resumen a continuación:

- “*Temerario*”: realiza prácticas de riesgo en el consumo de drogas sin tomar medidas de prevención.
- “*Aventurero*”: consume drogas conservando los beneficios que estas reportan y controla las consecuencias negativas del consumo utilizando medidas de prevención.
- “*Prudente*”: se mantiene abstinento o consume ocasionalmente, minimizando al máximo los riesgos del consumo de drogas.

Dichas posiciones del riesgo están determinadas por las prácticas de consumo y por la intervención de las drogodependencias que se ofrece en la prisión. En cada una de estas categorías, se exponen y se contraponen los discursos de la población penitenciaria consumidora de drogas.

Consumo de drogas en prisión

En prisión, pese a existir un contacto limitado con el exterior, se evidencia la proliferación de diferentes tipos de sustancias, sometidas a fiscalización y legales, prescritas o no por indicación médica. A continuación, se exponen los diferentes posicionamientos en torno a los motivos, las sustancias y las prácticas de consumo dentro de prisión.

Motivos de consumo

En las personas con discurso “temerario” y “aventurero”, se expresa un mantenimiento del consumo por diferentes motivos. Los “aventureros” refieren consumir para romper con la rutina diaria en fechas indicadas, ya sea una festividad individual o colectiva. Otra razón es la de consumir drogas para afrontar malas noticias relacionadas con el proceso de privación de libertad o de carácter personal y/o familiar. Los “temerarios” expresan mantener un consumo con cierta intensidad relacionado con la dificultad de afrontar la gravedad de las drogodependencias y/o la evolución penitenciaria. Los “prudentes” refieren

Tabla 2. Consumo de drogas en prisión

Motivos de consumo	
Temerario	<p>“Yo no conozco mucha gente que esté en prisión y lo haya dejado. Es casi imposible, el que no tiene un día lo tiene otro” (GD1).</p> <p>“Ha habido días que he estado tomando hasta que me han metido un tubo hasta el estómago. Casi me muero tres o cuatro veces. Sigo consumiendo pero no tan a saco” (GD3).</p>
Aventurero	<p>“A lo mejor es tu cumpleaños y apetece correrte una fiesta, es una manera de pasar el día” (GD2).</p> <p>“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).</p>
Prudente	<p>“Mientras tomas drogas, te sientes bien, te diviertes..., pero llega un punto que lo pierdes todo y dices basta..., llega cuando tú has pisado fondo y dices se acabó” (GD2).</p> <p>“30 euros por una miseria y luego te tiras toda la semana pidiendo tabaco. Y digo: ¿por una mierda de ‘puntilla’ y ahora estás pidiendo tabaco?” (GD3).</p>
Sustancias de consumo	
Temerario	<p>“De tanto en tanto, yo me meto una fiesta de coca (cocaína)” (GD2).</p> <p>“Aquí acompaña lo que te haga desconectar..., heroína, porros...” (GD4).</p>
Aventurero	<p>“Meterse coca (cocaína) en la cárcel es de locos ¡Mira que yo he sido loca pero yo no me meto coca en la cárcel!, ¡vamos!” (GD3).</p> <p>“¿Qué vas a tomar coca (cocaína) con toda la ‘atrapada’? Se toma heroína, pastillas y porros” (GD2).</p>
Prudente	<p>“La heroína es un problema porque económicamente a las familias las destrozan. Siempre es el rollo de: Ya te pagaré... te lo mando a la otra. Luego tampoco...” (GD2).</p> <p>“Tú tienes un gasto y pasa que aquí no estás produciendo, y a lo mejor estás en un destino por 100 euros y en el economato está todo supercaro” (GD3).</p>
Prácticas de consumo	
Temerario	<p>“Para disfrutar realmente de la cocaína o de la heroína, tiene que ser por la vena ¡Y el que diga que no, miente! ¿Cuántos años tienes tú? Tú tienes 30 años y yo tengo 44. Yo empecé a pincharme directamente por la vena porque lo veía en el barrio, en mis hermanos, que en paz descansen” (GD2).</p> <p>“Si yo no tengo contrato (del PIJ) y me hace falta meterme un pico y no tengo la ‘chuta’ (jeringuilla), digo ¡me la tienes que dejar!, luego voy al lavabo...” (GD2).</p>
Aventurero	<p>“Siempre he procurado no pincharme con la ‘chuta’ (jeringuilla) de nadie. No tengo los anticuerpos (VIH). Si quiero pincharme pido una jeringuilla (del PIJ)” (GD1).</p> <p>“Yo, ahora, llevo tiempo sin meterme un pico (consumo por vía parenteral). Pero si yo ahora quisiese y hubiera una jeringuilla en el patio, yo me iría a pedirla al servicio médico” (GD4).</p>
Prudente	<p>“Yo me fumo mis porros y nada más” (GD1).</p> <p>“A mí lo de la vena no me va” (GD3).</p>

Nota. GD: grupos de discusión. PIJ: programa de intercambio de jeringuillas. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

realizar prácticas de consumo de bajo riesgo de forma ocasional o mantenerse en abstinencia. El principal motivo es haber problematizado el proceso de drogodependencias y decidir no consumir. Otra razón es referir que las drogas que proliferan en prisión son de mala calidad y tienen altos precios por poca cantidad (Tabla 2).

Sustancias de consumo

Los participantes refieren que en prisión predomina el consumo de cannabis (hachís), medica-

ción psicotrópica y heroína, las cuales son sustancias depresoras del sistema nervioso central, que ayudan a desconectar de la dinámica habitual en la institución. La sustancia que responde a un uso más extendido es el hachís, utilizado para combatir pequeños malestares en prisión (ansiedad, insomnio, etc.). El consumo de heroína y cocaína es rechazado por los “prudentes”, ya que lo asocian a generar problemas de dependencia, de salud y en la economía. El consumo de heroína se encuentra más extendido que el de cocaína. La cocaína se consume ocasionalmente por los “teme-

rarios”, práctica rechazada por los “aventureros” y “prudentes”, porque no la consideran adaptable al ambiente de la prisión (Tabla 2).

Prácticas de consumo

Las vías de consumo más extendidas dentro de prisión son la oral (psicofármacos), la pulmonar (hachís) y la nasal (heroína). El consumo de drogas por vía parenteral es rechazado, pues se asocia a padecer sobredosis y al contagio de enfermedades de transmisión sanguínea. Coincidiendo con este argumento, los “prudentes” refieren no consumir por esta vía. Esta visión se presenta en generaciones más jóvenes. Por su parte, en los “temerarios” y “aventureros”, se denota una predilección por esta vía, especialmente en generaciones más veteranas, pero con una distinción en la economización del riesgo. Los “aventureros” procuran consumir por vía parenteral utilizando jeringuillas limpias, mientras que los “temerarios” refieren utilizar jeringuillas sucias o de curso ilegal (Tabla 2). Estas prácticas son tomadas de forma libre por los consumidores, pero es necesario un análisis global, teniendo en cuenta el funcionamiento del programa de intercambio de jeringuillas (PIJ) que se trata en el siguiente bloque.

Intervención a las drogodependencias

En la prisión de Brians 1 existen tres equipos profesionales que llevan a cabo actuaciones para el abordaje de las drogodependencias: los servicios médicos, el equipo de observación y tratamiento (EOT) y el centro de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias. Además, intervienen diferentes Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de atención al VIH y a la mujer que llevan a cabo programas relacionados. Sin embargo, los participantes toman como responsables directos en materia de drogodependencias al EOT y al CAS. A continuación, se analizan los discursos hacia los diferentes enfoques.

Centro de atención y seguimiento a las drogodependencias

El CAS es un equipo profesional multidisciplinar encargado de ofrecer programas y tratamientos para las drogodependencias desde una perspectiva de reducción de daños y de salud pública. Este equipo actúa respetando la voluntad de los usuarios y procura dar cobertura a sus necesidades sociosanitarias básicas, sin perseguir necesariamente la abstinencia como objetivo principal. A continuación, se analizan los discursos hacia el programa de mantenimiento con metadona (PMM) y el programa de intercambio de jeringuillas (PIJ), dos de las intervenciones más discutidas.

Programas de mantenimiento con metadona

El PMM se utiliza para reducir o eliminar el consumo de heroína y los problemas asociados al consumo de esta sustancia. No obstante, desde los diferentes discursos, se otorgan otras funciones a este fármaco. Desde un posicionamiento “temerario”, se rechaza el uso de la metadona y se prefiere el consumo de heroína. Los motivos más movilizados son: no estar controlado por la institución y no demostrar vulnerabilidad hacia otros internos, con el objetivo de no correr el riesgo de ser estigmatizado como “yonqui” u otros apelativos negativos. El PMM es utilizado por los “aventureros” y “prudentes”, y se establece una distinción de objetivos. Los primeros refieren compaginar el uso de la metadona con el de heroína. En muchos casos, solicitan aumentar las dosis hasta obtener cierto estado de embriaguez, con la seguridad de no padecer una sobredosis. Los “prudentes” refieren que los objetivos del PMM deben ser: paliar una fuerte adicción a la heroína y reducir la dosis de metadona hasta conseguir la abstinencia. Critican los tratamientos prolongados y la búsqueda de embriaguez con esta sustancia (Tabla 3).

Programa de intercambio de jeringuillas

El objetivo principal del PIJ es el de proveer material higiénico a los UDI, para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sanguínea o reducirlo. Los “prudentes”, pese a rechazar el consumo de drogas por vía parenteral, opinan que el PIJ es una buena opción para reducir riesgos y daños entre los UDI. En cambio, los “temerarios” rechazan adscribirse al PIJ, argumentando que la posesión de jeringuillas de este programa evidencia el consumo de drogas, el cual tiene influencias negativas en la evolución penitenciaria y supone problemas con los funcionarios de vigilancia. De este modo, prefieren utilizar jeringuillas de curso ilegal o pedir las prestadas a los usuarios del PIJ. Por su lado, los “aventureros” defienden los objetivos del programa y contraponen sus argumentos a los participantes “temerarios”.

No obstante, proponen recomendaciones para mejorar el funcionamiento del programa: a) asegurar la confidencialidad de los usuarios; b) flexibilizar el acceso al programa para obtener jeringuillas de forma más ágil; c) mejorar el material del kit del PIJ: retirar las jeringuillas de mecanismo retráctil y sustituirlas por otras más adaptadas a las prácticas de los UDI y dispensar más de un kit (Tabla 3).

Equipos de observación y tratamiento

Los EOT ofrecen programas de drogodependencias desde el modelo teórico cognitivo-conductual.

Tabla 3. Programas de reducción de daños

Programa de mantenimiento con metadona	
Temerario	“Paso de estar haciendo la cola de la metadona y que se anden choteando de mí..., yo ya sé lo que tengo que hacer” (GD4).
	“¡Es química, química y química todos los días!... Es que yo voy mañana y pido la metadona y los ‘potitos’ (psicofármacos) 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 tú estés así” (GD4).
Aventurero	“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. Me gusta la heroína, y cuando no tengo y me pongo agresivo, la pido y me la dan” (GD2).
	“Pues a mí me gusta el ‘pelotazo’ más que la heroína. 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...” (GD2).
Prudente	“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 (síndrome de abstinencia) y lo que quieras, pero hay que irla dejando” (GD2).
	“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).
Programa de intercambio de jeringuillas	
Temerario	“Si tú vas a pedir una jeringuilla, porque llevas muchos años de cárcel, cogerás a cualquier ‘mandril’ (tonto) del patio de los 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 que digan: míralo, metiéndose picos en la cárcel todavía” (GD4).
	“Si tú tienes una jeringuilla, se va a enterar la junta (equipo de observación y tratamiento). Se enteran los guardias, ¡se entera hasta el director! Y ya no te van a dejar salir, ¿Tú me entiendes, lo que te quiero decir?” (GD4).
Aventurero	“Las ‘chutas’ (jeringuillas) retráctiles son un atraso. Porque la gente, por no bajar el émbolo hasta abajo para que no salte, la limpian todavía 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” (GD2).
	“Deberían dar dos. Yo he perdido picos por darle hasta abajo (al mecanismo de la aguja retráctil)” (GD2).
Prudente	“Tendrían que dártela con un código y tu ‘chuta’ (jeringuilla)” (GD2).
	“Lo veo bien si es para evitar el VIH y las hepatitis” (GD3).
	“Si te estás chutando, hay que pedir el PIJ, ¡no pasa nada!” (GD3).

Nota. GD: grupos de discusión. PIJ: programa de intercambio de jeringuillas. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Desde este, se correlaciona el consumo de drogas con el acto delictivo, y se proponen programas para la adopción de conductas deseables socialmente aceptadas y adaptables. Concretamente, el EOT propone programas libres de drogas para desarrollar conductas, con el objeto de hacer frente a situaciones de riesgo y adoptar la abstinencia del consumo de drogas.

Los “temerarios” movilizan un discurso contrario a seguir los programas ofrecidos por el EOT, manteniéndose en un consumo activo. Exponen que la meta de estos programas es difícil de alcanzar y prefieren hacer un uso instrumental de ellos para obtener beneficios penitenciarios (permisos, salidas programadas, etc.). Acusan que los programas del EOT son una forma de control social para justificar la actuación de

rehabilitación de la prisión y un dispositivo para la gestión de la salida en libertad. Por su lado, los “prudentes” refieren que los programas del EOT favorecen los procesos de reinserción y rehabilitación, y destacan la voluntad como rasgo central del tratamiento, sin que este sea necesariamente vinculante a obtener beneficios penitenciarios. En cambio, los “aventureros” se manejan en la fusión de los dos discursos anteriores. Por un lado, refieren que los programas de los EOT pueden llegar a ser efectivos, pero critican que su carácter cuasiobligatorio dificulta un trabajo terapéutico de las drogodependencias. Dentro de este grupo de participantes se vindica la falta de personal, y reclaman que los tratamientos de drogas sean personalizados, independientemente de que se tomen como

requisito para obtener beneficios penitenciarios. Por ello, muchos refieren bascular entre las opciones del EOT y el CAS y hacer mención a los tratamientos de drogas extrapenitenciarios, como ejemplos efectivos de la intervención en drogodependencias (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Desde una perspectiva holística, era importante conocer los discursos hacia el consumo de drogas y los programas de drogodependencias en prisión. Se identificaron tres posicionamientos discursivos que han permitido una mayor comprensión de las motivaciones y expectativas de los consumidores de drogas en este contexto.

En general, se detecta en el imaginario de los participantes un conocimiento de las prácticas de consumo afín a las encuestas sobre salud y consumo de drogas de los internados en las prisiones de España^{1,2}: predomina el consumo de hachís, psicofármacos y heroína, y cada vez se utiliza menos la vía parenteral. Los participantes coinciden en que el uso de sustancias depresoras del sistema nervioso central se produce porque se adapta mejor al ambiente penitenciario¹⁷.

En el análisis de las posiciones discursivas, predomina la posición “aventurera”. Si bien, se detectan ciertas tendencias, dependiendo de las prácticas de consumo y la implicación en los programas de

drogodependencias. En el grupo de discusión 1, formado por agentes de salud, predominan los consumidores en fase de abstinencia, situación que marca una tendencia hacia un posicionamiento “prudente”. En el 3, formado por consumidores ocultos, también se detecta esta tendencia. Son consumidores ocasionales, con prácticas de bajo riesgo (no hacen uso de la vía parenteral) y con una menor presencia de enfermedades de transmisión sanguínea. Este hecho hace suponer que el mantenimiento de prácticas de bajo riesgo no es resultado del azar, sino más bien de la capacidad de agencia de estos consumidores, como se demuestra en otros estudios^{18,19}. Tanto en el grupo de discusión 1 como en el 3, se detecta una actitud entusiasta que marca una mejores condiciones psicosociales en la evolución penitenciaria, tal como apunta Rodríguez-Martínez et al. en un estudio realizado en una prisión andaluza²⁰. En los grupos de discusión 2 y 4, pese a encontrar discursos “aventureros”, se detecta un posicionamiento más “temerario”. Estos refieren utilizar los programas de reducción de daños (PMM y PIJ), pero mantienen prácticas de riesgo y un distanciamiento respecto a los programas de promoción de la salud, como demuestra Folch et al. en un estudio del perfil de los inyectores en Cataluña²¹.

Un aspecto diferencial en la adopción de las posiciones del riesgo de los participantes se muestra en el acercamiento a las diferentes opciones de reducción de daños y el tratamiento de las drogodependencias.

Tabla 4. Programas de los equipos de observación y tratamiento

Equipos de observación y tratamiento	
	“Yo creo que los programas que ofrecen los centros no valen para nada, es para justificar el sueldo de los funcionarios” (GD2).
Temerario	“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” (GD4).
	“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 de que a ti te hace falta una vez que has decidido dejar la droga” (GD4).
Aventurero	“Me he pasado cuatro años en preventiva y me he buscado alternativas... como me dijeron que estaba en preventiva, que yo no podía hacer ningún programa ni podía hablar con la psicóloga ni podía hacer nada hasta que no estuviera condenada. Pues yo me moví y me dijeron que en el CAS te ayudaban, y así lo hice” (GD1).
	“En la calle hay herramientas, tienes el CAS... tienes más alternativas. En la calle, si tú quieres hacer las cosas las haces, tanto buenas como malas... puedes acudir a un psicólogo...” (GD1).
Prudente	“¡Esa idea es genial! Hay gente que quiere ascender, dejar el tiempo atrás, madurar... Pero te das cuenta de que la mayoría hace los programas por puta obligación y luego no los dejan salir” (GD1).
	“Yo creo que los programas están de puta madre porque te hacen ver que la adicción es la punta del iceberg... A mí me lo explicaron en la terapia, yo me identifiqué muchísimo. Yo quiero aprender de esto... de esto de verdad” (GD3).

Nota. CAS: centro de atención y seguimiento. GD: grupos de discusión

Las reflexiones de los participantes sugieren orientaciones para la implementación y/o la revisión de las opciones preventivas y terapéuticas en prisión.

En relación a los PMM, los “temerarios” refieren consumir heroína y no adherirse a este programa para evitar el control institucional y la estigmatización por parte de otros presos, tal como se evidencia en otros estudios^{22,23}. Por su lado, los “aventureros” y “prudentes” toman el PMM como una buena opción: los primeros, como mantenimiento del consumo de heroína; y los segundos, como una opción terapéutica orientada a conseguir la desintoxicación. Ante la diversidad de significados hacia este programa, se considera oportuno adaptar los PMM para que respondan a la perspectiva y necesidades de los propios usuarios^{24,25}. Una alternativa a la metadona es dar una mayor difusión a los tratamientos con buprenorfina/naloxona, fármaco seguro, con pocas interacciones medicamentosas y menos estigmatizante, como se propone en otras publicaciones^{26,27}. En el caso de los “prudentes”, cabe considerar que la postura de desintoxicación del PMM puede estar relacionada con las presiones familiares o los inconvenientes de acudir a centros de drogodependencias en la comunidad, lo que supone estar en riesgo de sobredosis en caso de recaída, e indican la necesidad de atraer y retener a los pacientes en PMM, como indican otros estudios^{22,28,29}.

En relación al PIJ, los “prudentes”, pese a rechazar el consumo por vía parenteral, consideran este programa una buena opción para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sanguínea. Los “temerarios” rechazan este programa para evitar el control institucional, si bien utilizan artimañas para conseguir jeringuillas de otros usuarios, lo cual conlleva correr el riesgo de la transmisión de enfermedades, tal como se apunta en el estudio de Treloar et al., realizado en prisiones australianas³⁰. Por su lado, los “aventureros” reconocen los beneficios del PIJ, pero reclaman una serie de reformas para aumentar la efectividad del programa, demostradas en diversos estudios: mejorar la accesibilidad y los criterios de dispensación para aumentar la cobertura^{7,31}; aumentar el número de jeringuillas en la dispensación³²; y retirar las jeringuillas de aguja retráctil para sustituirlas por otras más adaptables a las prácticas de consumo^{33,34}.

En relación a los programas de drogodependencias del EOT, se detecta una baja adherencia entre los reclusos, como se demuestra en diversos estudios^{20,35}. Los “temerarios” acusan estos programas como una forma de control, y refieren instrumentalizarlos para obtener beneficios penitenciarios, tal como se apunta en el estudio de Fornons, realizado en la prisión Modelo de Barcelona¹⁷. Los “aventureros”, usuarios

que basculan entre los programas del EOT y el CAS, refieren encontrar beneficios en dichos programas, pero apuntan las contradicciones que se establecen entre la voluntad de seguir el tratamiento y la obligatoriedad de realizar estos programas como requisito de obtención de beneficios penitenciarios¹⁷. Se reclama una mayor coordinación entre los diferentes programas de drogodependencias de la prisión y que los programas del EOT se realicen bajo su consentimiento y adaptados a sus necesidades, para una mayor efectividad³⁶, siendo necesario una mayor disponibilidad de medios y de personal^{17,20}. Por su lado, los “prudentes”, participantes en situación de abstinencia, refieren seguir las indicaciones de dichos programas y obtener un buen apoyo psicosocial, como se apunta en el estudio de Rodríguez-Martínez et al., realizado en una prisión andaluza²⁰.

Limitaciones

El estudio ha presentado limitaciones relacionadas con la selección de los participantes y el tipo de prisión estudiada. En los grupos de discusión, no se incluyó a participantes con barrera idiomática ni a pacientes con trastornos mentales severos. Estos últimos se encuentran recluidos en una unidad hospitalaria penitenciaria psiquiátrica, la cual no se incorporó al estudio por las dificultades en los trámites éticos y burocráticos. Se propone realizar, en un futuro, estudios sobre el consumo de drogas en estos colectivos, con el objetivo de analizar sus especificidades. Pese a dichos sesgos, esta investigación ha esclarecido elementos necesarios para la orientación y el diseño de la puesta en marcha de nuevas estrategias en materia de drogodependencia en prisión. Por último, en el momento de realizar la investigación, la prisión de Brians 1 era un centro de penados y no se incluyeron participantes en situación preventiva. En la actualidad, se considera que las dinámicas de consumo de esta población son diferentes a las estudiadas, siendo necesario profundizar en un futuro en las prácticas de consumo y las necesidades sociosanitarias de este colectivo.

CONCLUSIÓN

En conclusión, se considera que la detección de diferentes posicionamientos del riesgo entre los consumidores de drogas en prisión hace necesaria una revisión de las políticas de drogas para diseñar programas sociosanitarios más efectivos, adaptados a la economización del riesgo de los diferentes discursos de este colectivo.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado con la ayuda (D/480000100/2150) del presupuesto del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya del año 2012.

CORRESPONDENCIA

Rafael Clua-García
 Centro penitenciario Brians 1
 Sant Esteve Sesrovires. Barcelona
 E-Mail: rclua@umanresa.cat

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible en: <http://servicios.mpr.es/VisorPublicaciones/visordocumentosicopo.aspx?NIPO=680170956&SUBNIPO=0001>
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias ESDIP 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011. Disponible en: http://www.pnsd.msrebs.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESDIP_2011.pdf
- Martínez Oró DP, Pallarés J. Riesgos, daños y placeres. En: Martínez Oró DP, Pallarés J, editores. De riesgos y placeres: manual para entender las drogas. Lleida: Milenio; 2013. p. 23-36. Disponible en: <https://observatoriodrogas.files.wordpress.com/2014/07/de-riesgos-y-placeres-manual-para-enteder-las-drogas.pdf>
- Marco A, Saiz de la Hoya P, García-Guerrero J, Grupo PREVALHEP. Multi-centre study of the prevalence of infection from HIV and associated factors in Spanish prisons. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012;14:19-27.
- Moreno R, Vera-Remartínez E, García-Guerrero J, Planelles Ramos MV. Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera. *Rev Esp Sanid Penit.* 2008;10:41-7.
- Hernández-Fernández T, Arroyo-Cobo JM. Results of the Spanish experience: A comprehensive approach to HIV and HCV in prisons. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010;12:86-90.
- De la Fuente L, Bravo MJ, Jimenez-Mejias E, Sor-do L, Pulido J, Barrio G. Evolution of the need and coverage of syringe exchange programs in Spanish prisons, 1992-2009: A revised estimation. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012;14:86-90.
- Sepúlveda M, Romaní O. Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo. En: Martínez Oró DP, Pallarés J, editores. De riesgos y placeres: manual para entender las drogas. Lleida: Milenio; 2013. p. 89-102. Disponible en: <https://observatoriodrogas.files.wordpress.com/2014/07/de-riesgos-y-placeres-manual-para-enteder-las-drogas.pdf>
- Douglas M. La Aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós; 1996.
- Spink MJP, Menegon VM. Prácticas discursivas como estrategias de gubernamentalidad: el lenguaje de los riesgos en documentos de dominio público. En: Íñiguez L, editor. Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Barcelona: UOC; 2006. p. 197-230.
- Schütz A. La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva. Barcelona: Paidós; 1993.
- Shaghghi A, Bhopal RS, Sheikh A. Approaches to Recruiting "Hard-To-Reach" Populations into Research: A Review of the Literature. *Health Promot Perspect.* 2011;1:86-94.
- Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17:613-9.
- Callejo J. El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel Practicum; 2001.
- Conde F. Análisis sociológico del sistema de discursos. Madrid, CIS; 2009.
- Gutiérrez Brito J. Dinámica del grupo de discusión. Madrid: CIS; 2008.
- Fornons D. Prisión y drogas: doble condena. Barcelona: deParís; 2009.
- Mateu-Gelabert P, Friedman S, Sandoval M. Pinchase sin infectarse: Estrategias para prevenir la infección de VIH y VHC entre usuarios de drogas inyectables. *Trastor Adict.* 2007;9:260-8.
- Sirikantraporn S, Mateu-Gelabert P, Friedman SR, Sandoval M, Torruella RA. Resilience Among IDUs: planning strategies to help injection drug users to protect themselves and others from HIV/HCV infections. *Subst Use Misuse.* 2012;47:1125-33.
- Rodríguez-Martínez A, Ruiz-Rodríguez F, Antón-Basanta JJ, Herrera-Jáimez J, Máiquez-Pérez A, Ottaviano-Castillo A. Do drug using inmates

- have social support? A case study in an Andalusian prison. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010;12:4-10.
21. Folch C, Casabona J, Brugal MT, Majó X, Merroño M, Espelt A, et al. Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. *Gac Sanit.* 2012;26:37-44.
 22. Larney S, Zador D, Sindicich N, Dolan, K. A qualitative study of reasons for seeking and ceasing opioid substitution treatment in prisons in New South Wales, Australia. *Drug Alcohol Rev.* 2017;36:305-10.
 23. Zamani S, Farnia M, Tavakoli S, Gholizadeh M, Nazari M, Seddighi AA, et al. A qualitative inquiry into methadone maintenance treatment for opioid-dependent prisoners in Tehran, Iran. *Int J Drug Policy.* 2010;21:167-72.
 24. Trujols J, Pérez de los Cobos J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones.* 2005;(17 Suppl. 2):181-204.
 25. Trujols J, Garijo I, Sinol N, Del Pozo J, Portella MJ, Perez de los Cobos J. Patient satisfaction with methadone maintenance treatment: the relevance of participation in treatment and social functioning. *Drug Alcohol Depend.* 2012;123:41-7.
 26. Marco A, López-Burgos A, García-Marcos L, Gallego C, Antón JJ, Errasti A. Is the availability of buprenorphine/naloxone therapy for opioid-dependent inmates a necessity? *Rev Esp Sanid Penit.* 2013;15:105-13.
 27. Springer SA, Qiu J, Saber-Tehrani AS, Altice FL. Retention on buprenorphine is associated with high levels of maximal viral suppression among HIV-infected opioid dependent released prisoners. *PLoS One.* 2012;7:e38335.
 28. Degenhardt L, Larney S, Kimber J, Gisev N, Farrell M, Dobbins T, et al. The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. *Addiction.* 2014;109:1306-17.
 29. Merrall ELC, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction.* 2010;105:1545-54.
 30. Treloar C, McCredie L, Lloyd AR. The Prison Economy of Needles and Syringes: What Opportunities Exist for Blood Borne Virus Risk Reduction When Prices Are so High? *PLoS One.* 2016;11:e0162399.
 31. Crespo i Forte R, Codern i Bové N. Avaluació del Programa d'intercanvi de xeringues als centres penitenciaris de Catalunya. Bellaterra: Fundació Doctor Robert-UAB; 2010.
 32. García Villanueva M, Huarte Guerra J, Fernández de la Hoz K. Siete años del programa de intercambio de jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pamplona (España). *Rev Esp Sanid Penit.* 2006;8:34-40.
 33. Barro J, Casillas A, Gétaz L, Rieder JP, Baroudi M, François A, Broers B, Wolff H. Retractable Syringes in a Swiss Prison Needle and Syringe Exchange Program: Experiences of Drug-using Inmates and Prison Staff Experiences. *Int J Ment Health Addict.* 2014;12:648-59.
 34. Des Jarlais DC. "Single-use" needles and syringes for the prevention of HIV infection among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1998;(18 Suppl 1):S52-6.
 35. Casares-López JM, González-Menéndez A, Festerling DS, Fernández-García P, Fernández-Hermida JF, Secades R, et al. Predictors of retention in a drug-free unit/substance abuse treatment in prison. *Int J Law Psychiatry.* 2013;36:264-72.
 36. Stevens A. The ethics and effectiveness of coerced treatment of people who use drugs. *Human Rights and Drugs.* 2012;2:7-15.