

— M U J E R E S —

En prisión

*Realidades e intervención socioeducativa
y drogodependencias en mujeres*



Fanny T. Añaños-Bedriñana (Dir.)

— N A R C E A —

Fanny T. Añaños-Bedriñana (Dir.)

María del Mar García-Vita · Francisco José Del Pozo Serrano · Francisco Jiménez Bautista · Miguel Melendro Estefanía · María del Pilar Fernández-Sánchez · Concepción Yagüe Olmos · Ángel M. Turbi Pinazo · Juan José Llopis Llácer · Luis Pantoja Vargas · Araceli Fernández Iglesias · Iosifina Mavrou · Carla Añaños Herrera · René Deibar Hurtado

En prisión

Realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias en mujeres

NARCEA, S. A. DE EDICIONES

Índice

Agradecimientos

Prólogo. *Javier Nistal Burón*, Subdirector General de Tratamiento, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior

Introducción: aspectos metodológicos y de contextualización del proyecto **Mujeres en prisiones españolas**

M^a del Pilar Fernández-Sánchez y Fanny T. Añaños-Bedriñana

I. Rasgos fundamentales de las mujeres en las prisiones

Definición de los perfiles de adicción y rasgos de consumo en mujeres reclusas.

Fanny T. Añaños-Bedriñana

Perfiles sociodemográficos de las mujeres en las prisiones españolas.

Francisco Jiménez Bautista y Concepción Yagüe Olmos

Salud física y mental en mujeres reclusas en las cárceles españolas.

Ángel M. Turbi Pinazo y Juan José Llopis Llácer

II. Trayectorias antes del ingreso a prisión y realidades en el internamiento

La infancia y la juventud de las mujeres presas, una referencia clave para la intervención socioeducativa.

Miguel Melendro Estefanía

Relaciones de pareja en mujeres presas. Violencia: tipos, consecuencias y aceptación.

Araceli Fernández Iglesias

¿Qué sucede con la familia y los vínculos sociales de las mujeres cuando son condenadas a prisión?

María del Mar García Vita

III. La intervención en prisión: proyecciones

Programas para la reinserción de mujeres presas, ¿son eficaces?

Luis Pantoja Vargas

La reinserción laboral de las mujeres en prisión: análisis de la feminización de la pobreza en las reclusas y del tratamiento sociolaboral penitenciario.

Francisco José del Pozo Serrano

Fortalezas y debilidades de los programas de tratamiento de drogas en las cárceles españolas desde la perspectiva de las mujeres drogodependientes.

Iosifina Mavrou

Autoconcepto y expectativas de las mujeres en condición de reclusión en España.

Deibar René Hurtado Herrera

IV. Epílogo y propuestas de acción

V. Anexos: Cuestionarios de mujeres y cuestionarios de profesionales

Agradecimientos

Queremos empezar estas líneas reconociendo el importante, ingente y complejo trabajo que desarrolla la Institución Penitenciaria y Entidades Colaboradoras en el abordaje e intervención en la población reclusa. Así, agradecemos a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (AGE) y a la Generalitat de Cataluña, Departamento de Justicia, Dirección General de Régimen Penitenciario y Recursos, por autorizar y avalar la investigación propuesta por el equipo, pese a la sensibilidad que mueve el tema y las dificultades propias del entorno.

Del mismo modo agradecemos a los Directores y Directoras y responsables de Tratamiento y/o Seguridad de los cuarenta y dos Centros Penitenciarios participantes, distribuidos en once Comunidades Autónomas, que han autorizado y facilitado el acceso en cada uno de los centros seleccionados, a citar:

En Andalucía: CIS Manuel Montesinos y Molina (Cádiz); CP Algeciras (Cádiz); CP Puerto III (Cádiz); CP Córdoba (Córdoba); CIS Matilde Cantos Fernández (Granada); UDM del CIS Matilde Cantos Fernández (Granada); CP Albolote (Granada); CP Huelva (Huelva); CIS Evaristo Martín Nieto (Málaga); UDM del CIS Luis Giménez Asua (Sevilla); CP de mujeres Alcalá de Guadaira (Sevilla). En Aragón: CP Zuera (Zaragoza). En Asturias, CP Villabona (Asturias). En las Islas Baleares: CIS Joaquín Ruiz Jiménez (Mallorca); UEM del CIS Joaquín Ruiz Jiménez (Mallorca); CP Palma de Mallorca. En las Islas Canarias: CIS Mercedes Pinto (Tenerife); CP Santa Cruz de Tenerife (Tenerife). En Castilla León: CP Ávila (Ávila); CP Mansilla de las Mulas (León); CP Topas (Salamanca). En Cataluña: CP Brians I (Barcelona); CP Dones de Barcelona (Barcelona); SA Wad-Ras Dones (Barcelona); UDM Ágora de Dones Wad-Ras (Barcelona); UDM de Dones Wad-Ras (Barcelona). En la Comunidad Valenciana: CIS Torre Espioca (Valencia); CP Picassent (Valencia); CP Alicante (Alicante); Psiquiátrico CP Fontcalent (Alicante). En Galicia: CP A Lama (Pontevedra); CP Teixeiro (Coruña). En Madrid: CIS Melchor Rodríguez García; CP Madrid I; CIS Victoria Kent; CP Madrid V Soto del Real (Madrid); UTE CP Madrid VI; UTE CP Madrid VII; UDM Madrid VI; UEM Jaime Garralda del CIS Victoria Kent. En el País Vasco: CP Nanclares de la Oca (Álava).

Igualmente agradecemos a todos los profesionales y responsables de los programas, que con su inestimable colaboración han facilitado el acceso en el interior de los centros y el trabajo con las mujeres reclusas, muchos de ellos, además, nos han ofrecido sus conocimientos y experiencias cumplimentando el cuestionario de profesionales, la mayor parte de ellos de forma anónima. Por otro lado, agradecemos a aquellos profesionales o

entidades colaboradoras participantes que explicitan en los instrumentos o queremos poner en relieve por su colaboración: en Cádiz (Cristóbal Morales Martín, Jesús Barragán Gómez); en Córdoba (ACALi, Cruz Mañanas Peñalver –URA–); en Granada a Clotilde Berzosa Sáez, Reyes Luis Ruiz Velázquez, Jaime Hernández Alonso, Carolina Carvajal García, M. Mercedes López López, las Hermanas Mercedarias de la Caridad/programa Romper Cadenas; en Mallorca (Cruz Roja islas Baleares, GREC /Grupo de Educadores de Calle; Escuela de Sida, Salud y Conciencia); en Tenerife (María Candelaria Dubergel, Jorge y Eduardo del CIS Mercedes Pinto, Jorge Ruíz Morales); en Ávila (Demelsa); en Valencia (Susana Martín Alvarado, Gloria Remacha García), en Madrid (Concepción Yagüe, Fernando Bayón Guareño, Fundación Atenea, UDM-Proyecto Ellacuría) y en Cataluña (Antonia Guerrero, Sonia Cornellas).

Así mismo, queremos hacer constar un agradecimiento muy especial a todas las mujeres reclusas, en concreto a aquellas que generosamente han compartido sus historias, opiniones y vivencias, constituyendo éstas la motivación, la base y la fuente imprescindible del presente trabajo.

También agradecemos el apoyo material desde el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica I+D+I, Ministerio de Ciencia e Innovación, para la realización del proyecto de investigación titulado “*Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción*” (Ref. EDU2009-13408).

Finalmente, y no por ello menos importante, cabe agradecer a todo el equipo de investigación participante en el proyecto como en la presente publicación, que desde distintos enfoques formativos y espacios de desarrollo profesional (Universidades, Institución Penitenciaria y Entidades Colaboradoras) han enriquecido el debate, los análisis y las propuestas que modestamente ofrecemos en este libro.

Prólogo

Las mujeres en prisión merecen una atención especial; su porcentaje del 7,8%, frente al 92,2% de hombres, no debe ser un obstáculo para que la población reclusa femenina tenga la atención requerida en todos los órdenes que la ejecución penal demanda, particularmente cuando estas mujeres además son madres.

La necesidad de un estudio como el que los autores y autoras de este libro han llevado a cabo es enormemente útil para tener el conocimiento adecuado de la problemática específica de este colectivo, que permita superar situaciones de desigualdad frente al colectivo mayoritario de población masculina a través de la implementación de programas encaminados a suplir las carencias y necesidades que han podido determinar el ingreso en prisión de estas mujeres, que han incidido en la actividad delictiva, a la que han podido llegar, precisamente, por esas condiciones desfavorables en las que se han visto inmersas en su proceso vital.

No cabe duda de que algunos de los Programas que actualmente se desarrollan en nuestras prisiones con la población reclusa femenina han tenido su origen en estudios de investigación, como el que en esta publicación se expone. Y, precisamente por la utilidad que estos estudios tienen en la materialización del objetivo resocializador de la pena privativa de libertad, la Institución penitenciaria siempre los ha avalado, facilitando la labor de los investigadores en el desarrollo de los mismos. Este es el caso de este trabajo de investigación: *Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción* (Ref. EDU2009-13408), dirigido por la Dra. Fanny T. Añaños, que ha contado con el apoyo institucional de la Administración Penitenciaria, habiéndose facilitado a los investigadores toda la ayuda que han precisado en su trabajo, desde el pleno convencimiento que este esfuerzo redundará en beneficio de la Institución penitenciaria, pues le permitirá tener a su disposición un instrumento para conocer las necesidades de un sector de la población reclusa –la femenina– y con ese conocimiento afrontar las actuaciones pertinentes para suplir esas necesidades y facilitar con ello el tránsito de la prisión al medio libre de estas mujeres en unas condiciones más positivas para lograr su incorporación definitiva a un medio en el que puedan subvenir a sus necesidades, sin incidir en la actividad delictiva. La Institución penitenciaria es consciente del valor de este y otros trabajos de investigación que tienen como finalidad estudiar una realidad sobre la que existen muchas valoraciones preconcebidas que es necesario contrastar empíricamente.

Este trabajo de investigación, cuyos autores me han encargado prologar, lo que para mí es una satisfacción personal y profesional, aborda el estudio de la problemática de las

mujeres en prisión desde dos aspectos importantes en el modelo “tratamental” que el cumplimiento de la condena tiene en nuestro sistema penitenciario, cual es la intervención socioeducativa y la problemática de la drogodependencia.

El objetivo resocializador de la pena privativa de libertad exige a la Institución penitenciaria la puesta a disposición de los internos de todos los instrumentos necesarios para suplir las carencias con las que ingresan en prisión con el objetivo de posibilitar que, cuando salgan en libertad, puedan integrarse en un entorno social en el que no tengan que volver a incidir en la actividad delictiva. Un entorno social, al que aporten todos los elementos positivos que han podido adquirir durante su estancia en prisión, lo que les permitirá subvenir a sus necesidades. Es cierto que, para llevar a buen puerto este objetivo, intervienen factores externos a lo que es el exclusivo ámbito de la responsabilidad de la Institución penitenciaria pero, no cabe duda de que, si el internamiento en prisión ha estado marcado por las pautas resocializadoras que inspiran la intervención penitenciaria, la persona que ha obtenido la libertad después de haber pagado su deuda penal, estará en mejores condiciones de integrarse socialmente, sin necesidad de pasar de nuevo por la experiencia delictiva; siendo algunas de estas condiciones favorecedoras de dicha integración social, la posibilidad de haber seguido en prisión un tratamiento específico de su drogodependencia que les permita superar su adicción, factor que sin duda condicionará su futuro sin delitos en libertad y, asimismo, haber obtenido la formación adecuada para afrontar las dificultades que conllevará su proceso de integración social.

El trabajo de investigación que los lectores descubrirán con la lectura de esta publicación les proporcionará, tras el contexto metodológico-contextual, en un primer capítulo, una radiografía de la población reclusa femenina que mantiene algún tipo de adicción a las sustancias tóxicas, de una forma muy didáctica, pues se formula comparativamente con el consumo antes de entrar en prisión, y el que corresponde con los momentos anteriores a su salida, lo que sin duda proporciona un elemento valorativo de la incidencia de la prisión en el cese o en el mantenimiento de la adicción. Este estudio puede ser de especial utilidad para medir la incidencia de la adicción a los tóxicos en la carrera delictiva y, sobre todo, conocer hasta qué punto la prisión puede ser un entorno en el que es posible dejar la droga. Y es que, aunque el ámbito penitenciario nunca ha sido considerado un marco idóneo para llevar a cabo tratamientos específicos de rehabilitación con internos drogadictos, considerando que solo en libertad se puede hablar de rehabilitación, es cierto que el principio constitucional que rige la ejecución de la pena, ha influido para que desde la Institución penitenciaria siempre se haya trabajado con el objetivo de que las prisiones sirvan para “curarse de la adicción” y que la vía penitenciaria sea apta para lograr este objetivo. En este sentido, están establecidas, en la propia normativa penitenciaria, una serie de intervenciones con los internos que presentan alguna problemática con la droga, tanto con actuaciones dentro de los Centros penitenciarios como fuera de los mismos, para intentar lograr su recuperación, haciendo realidad el principio de la reinserción como objetivo principal de la pena privativa de libertad.

Conocida la evolución de la adicción en prisión y el condicionante de la misma en la futura reinserción del penado, en el siguiente capítulo se define el perfil sociodemográfico de las mujeres en las prisiones españolas, lo que nos permite tener una referencia completa de todas y cada una de las variables de las mujeres que están encarceladas: edad, tipo de delito cometido, duración de la condena impuesta, nacionalidad, nivel educativo y formativo e incluso la religión que practican. Es pues una visión muy ilustrativa para quien tenga interés en conocer todas y cada una de las características de ese sector de la población reclusa, permitiendo que el lector visualice los rasgos personales y sociales de las mujeres presas y pueda conocer sus problemas, carencias y necesidades, lo que le llevará a entender el porqué de su actividad delictiva y a comprender las situaciones problemáticas que, inevitablemente, están abocadas a terminar en la cárcel.

A las carencias de tipo educativo, formativo, familiar, laboral, etc. que han podido ser determinantes de la actividad delictiva de una persona, hay que añadir un factor negativo más: la salud mental, que se aborda en otro capítulo de este libro. La enfermedad mental es un problema que está presente en todos los sectores de la vida social y, como no podía ser menos, también en el ámbito punitivo y, en concreto, durante el cumplimiento de la condena. La diferentes enfermedades mentales, su grado de intensidad, la diferenciación de la reacción punitiva –pena/medida de seguridad– dota a la enfermedad mental en el marco del cumplimiento de la condena de una complejidad enorme, primero por una regulación normativa bastante imprecisa, segundo por la carencia de Centros adecuados para las medidas que el tratamiento de la enfermedad mental requiere en el medio penitenciario y, por último, por la falta de medios materiales y personales necesarios para abordar con garantía esta problemática de la salud mental en el medio penitenciario. Estas dificultades quizás se vean agravadas cuando se trata de mujeres presas. El estudio realizado permite evidenciar algunas consideraciones que serán, sin duda, de utilidad para abordar desde la Institución penitenciaria un tratamiento adecuado de esta problemática, que ya se está abordando en prisión a través de un programa específico como es el PAIEM y permitirán, al mismo tiempo, tratar de conseguir que este tratamiento no se agote en el espacio y tiempo penitenciarios, sino que se conecte estrechamente con entidades públicas y privadas de reinserción en una previsión de futuro a fin de rentabilizar terapéuticamente el paso de estas personas por el sistema penitenciario.

El trabajo de investigación realizado por los autores de este libro aborda también en otro capítulo una cuestión que puede ser de sumo interés para el diseño desde la Institución penitenciaria de programas socioeducativos, cual es el conocimiento del historial vital de las mujeres reclusas. Las vivencias de su niñez y adolescencia han podido marcar su trayectoria de una forma negativa, que puede ser abordada con iniciativas que incidan en la superación de esos traumas o prejuicios que les impiden un proceso de reinserción adecuado.

Este estudio se completa con otro capítulo en el que se expone la experiencia de muchas mujeres reclusas con la violencia de sus parejas, que han tenido que soportar en su vida y que algunas han asumido como algo normalizado. Como muy bien se apunta, si

esa violencia se mantiene cuando salgan en libertad, será muy complicado que logren entrar en un proceso de reinserción que les permita normalizar su vida. Conscientes de esta problemática de la violencia de género, la Administración penitenciaria ha completado el Programa específico para la población reclusa masculina relacionada con estos delitos de violencia de género con otro denominado “*sermujer.es*” para las mujeres presas, pues muchas cumplen condena en los Centros penitenciarios, con independencia del hecho delictivo que ha motivado su internamiento, presentando frecuentemente un historial personal con episodios de agresiones y otras manifestaciones de violencia contra la mujer. Es fundamental dotar a estas mujeres de recursos que les ayuden a mejorar sus capacidades personales, a afrontar las dificultades que supone el estar cumpliendo condena en prisión y no haber tenido los recursos necesarios para hacer frente a este tipo de violencia que han podido sufrir y a las consecuencias que conlleva, tanto a nivel psicológico como sociolaboral y familiar; por ello, el objetivo del programa *sermujer.es*, es tanto la prevención de la violencia de género, como el tratamiento de las internas que la hayan padecido y necesiten un mayor grado de atención.

Si todos los temas que se abordan en este trabajo de investigación son interesantes, quizás el relacionado con los agentes de socialización que confluyen en la vida de las mujeres presas, lo es especialmente. La mujer es el soporte de la familia, la correa de transmisión del motor familiar; su falta es una catástrofe familiar, porque el rol que desempeña es fundamental en el mantenimiento del núcleo familiar. Podemos afirmar, sin equivocarnos, que el encarcelamiento de la mujer conlleva en muchos casos un daño mayor a su entorno familiar que a la propia afectada.

Finaliza este trabajo de investigación haciendo una valoración de la eficacia de los múltiples Programas que se desarrollan en las prisiones españolas con las mujeres presas, lo que permitirá a los gestores de la Institución penitenciaria detectar las necesidades que demanda este sector de la población reclusa para conseguir el objetivo resocializador de la pena que cumplen.

Para terminar, quiero señalar que nos encontramos ante un trabajo de investigación que puede aportar a la Institución penitenciaria elementos muy útiles para abordar iniciativas que, enmarcadas en el objetivo resocializador de la pena privativa de libertad, permitan hacer posible que las mujeres presas tengan la oportunidad de salir de prisión en mejores condiciones de las que entraron y que el tiempo que han pasado privadas de libertad les haya facilitado su recuperación para no perderla otra vez.

Con el pleno convencimiento de la utilidad que este trabajo de investigación ha de tener para los profesionales de la Institución penitenciaria, quiero agradecer en nombre propio y en el de la Institución penitenciaria a sus autores/investigadores su esfuerzo para sacar adelante este proyecto investigador y darles mi sincera enhorabuena por el resultado obtenido.

JAVIER NISTAL BURÓN

Subdirector General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria Secretaría General de Instituciones Penitenciarias,
Ministerio del Interior

Introducción: aspectos metodológicos y de contextualización del proyecto “Mujeres en prisiones españolas”

M^{ra} DEL PILAR FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ FANNY T. AÑAÑOS-BEDRIÑANA
Universidad de Granada

En prisión. Realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias en mujeres, es el resultado del proyecto I+D+I titulado “Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción” (Ref. EDU2009-13408), para cuya materialización hemos contado con la autorización y aval institucional del Ministerio de Interior a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (AGE) y, de la Generalitat de Cataluña, Departamento de Justicia, Dirección General de Régimen Penitenciario y Recursos (única con competencia propia en la materia). En él nos acercamos y adentramos en la realidad de las mujeres que se encuentran en el medio penitenciario participando en los programas de la red de recursos que hay establecidos en España para el segundo y tercer grado de cumplimiento de pena, teniendo en consideración su relación con las drogas en cuatro subpoblaciones identificadas en el presente trabajo (adictas activas, adictas en programas de mantenimiento de metadona, ex adictas y no adictas) y se desarrollan ampliamente en el siguiente capítulo.

La hipótesis inicial de la que se parte es que, en este ámbito, no existen programas socioeducativos integrales adecuados al género y al perfil de las mujeres drogodependientes penadas que se encuentran en régimen de semilibertad, lo cual puede conducir las al abandono de los programas en los que participan y, en definitiva, a un significativo fracaso en su reinserción social.

Este estudio pretende responder y verificar diversas cuestiones, fundamentadas en informes oficiales, estudios y publicaciones, relacionadas con:

- Diferentes patrones de consumo de drogas entre hombres y mujeres.
- Estructura y servicios masculinizados.
- Desconocimiento-indiferencia de los rasgos específicos de género. - Dominio de enfoques de intervención psicoterapéuticos/medicalizados.
- Oferta de programas en tareas auxiliares.
- Atención de baja calidad en el tratamiento de drogodependencias en comparación con los hombres/inexistencia de programas específicos.
- Alto índice de fracasos en los tratamientos/escasa representación femenina en los programas, etc.¹

1. Objetivos

El objetivo general de la investigación se orientó a estudiar, desde la perspectiva de género, a las mujeres penadas en el sistema penitenciario español, teniendo en cuenta su relación con las drogas (adictas activas, adictas en programas de mantenimiento de metadona, ex adictas y no adictas), sus múltiples realidades, la evolución y procesos en la intervención socioeducativa, a fin de sentar las bases y proponer pautas para la acción que favorezcan y faciliten la in-reinserción social del colectivo.

Sin perder de vista el objetivo general del proyecto es necesario conocer otros aspectos que se plantean como objetivos específicos y que se pueden resumir en los siguientes objetivos específicos:

- Analizar los rasgos característicos de las mujeres del sistema penitenciario español.
- Identificar los problemas y las necesidades de este colectivo.
- Definir e identificar los perfiles relacionados con las drogas y conocer los patrones de consumo, recaídas y tratamientos antes de entrar en prisión y en el momento actual.
- Estudiar los factores protectores y motivacionales que pueden influir en la deshabituación del consumo de drogas y la preparación de una vida social normalizada.
- Analizar los programas que contemplen como destinatarias a mujeres reclusas en España orientados a la reinserción social.
- Proponer líneas de intervención socioeducativas que favorezcan y faciliten la in-reinserción social del colectivo, acorde al género, al perfil adictivo y a los rasgos característicos encontrados.

2. Planteamiento metodológico

La metodología de la presente investigación combina métodos cualitativos y cuantitativos al objeto de estudio, en respuesta y coherencia con la amplitud y multidimensionalidad de las cuestiones abordadas. Se parte de la concepción de la realidad social como una totalidad conformada por un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, etc., que constituyen un mundo fenoménico (Ruiz, 2008). Por ello, abordar científicamente fenómenos sociales y educativos en particular supone adoptar un enfoque nuevo interdisciplinario e integrador, a fin de dar la complementariedad de enfoques, estrategias o procesos intervinientes (Bedmar y Añaños, 2006).

Así, concretamente emplearemos el enfoque y diseño denominado *metodología multimétodo –EMM–* (Bericat, 1998; Pérez, 2003) que contribuye a mejorar los procesos y productos de investigación (Tashakkori y Teddlie, 2003), ofrece información de mayor alcance respecto a los logros empleando los métodos separadamente (Bonoma, 1985), aporta la interacción de visiones, enriquece, complementa y amplía, profundiza y da rigor a las cuestiones analizadas (Denzin y Lincoln, 1994; Symonds y Gorard, 2010).

Asimismo supera las perspectivas tradicionales del binarismo (cualitativo-cuantitativo) y enriquece la investigación en las Ciencias Sociales, especialmente desde campos socioeducativos (Eckardt, 2007); de tal modo que, permite mayores niveles de comprensión y abstracción dentro de una visión dialéctica, sistémica, dinámica, integral, etc. Todo ello sin dejar de lado la descripción, la interpretación y la crítica, orientada al análisis de la realidad evidente y la deseable, a fin de extraer y proponer acciones acordes a las mismas, a los principios de la Pedagogía y Educación Social y que supongan un cambio, una dinamización, una promoción, una mejora de las condiciones y calidad de vida de las reclusas, así como otros enfoques, políticas, procesos y métodos en las instancias involucradas.

3. Población y muestra

La población de interés son mujeres que se encuentran en el medio penitenciario clasificadas en segundo y tercer grado de cumplimiento de pena, así como, excepcionalmente, las clasificadas en primer grado, artículo 100.2, tanto en la Administración General del Estado –Instituciones Penitenciarias (IIPP)– como en la Generalitat de Cataluña. Se excluye el tercer grado de pena correspondiente al artículo 86.4 (telemáticas)².

A fecha 25 de febrero de 2011, el número total de mujeres penadas clasificadas por grados (excluyendo preventivas) en España ascendía a 3484, de las cuales 510 correspondían a Cataluña, según el resumen semanal de población penada de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y de las estadísticas penitenciarias publicadas por la Generalitat de Cataluña (2011) en su página web (**Tabla 1**).

Hay que tener en cuenta que esta población es cambiante en cuanto a su ubicación debido a diversos motivos (traslados, juicios...) y que se fijó una fecha para iniciar el estudio, siendo conscientes de las posibles modificaciones que podrían existir al momento del estudio de campo.

TABLA 1. POBLACIÓN TOTAL DE MUJERES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA EL TERRITORIO NACIONAL

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TOTALES
Andalucía	782
Aragón	89
Asturias	84
Baleares	122
Comunidad Autónoma de Ceuta	8
Comunidad Autónoma de Melilla	5
Canarias	156
Cantabria	12

Castilla-La Mancha	17
Castilla-León	375
Cataluña	510
Extremadura	33
Galicia	183
La Rioja	14
Madrid	690
Murcia	25
Navarra	13
País Vasco	81
Valencia	285
TOTAL ESPAÑA	3.484

Fuente: SGIP, 2011

El tipo de Centros en los que se localizaban estas mujeres es muy variado. Teniendo en cuenta la importancia singular que todos tienen en este estudio se decidió considerarlos por separado, diferenciando entre el medio abierto y el cerrado. En ambos casos, los Centros donde se encuentran estas mujeres son:

- **En medio abierto:** Centro de inserción social (CIS), unidades externas de madres (UE), unidades dependientes de madres (UDM) y Secciones abiertas (SA).
- **En régimen cerrado:** Centros penitenciarios (CP) y hospitales psiquiátricos penitenciarios (P). Dentro de los centros penitenciarios, las mujeres pueden estar en diferentes módulos entre los que destacamos: Módulo de mujeres (MM), módulo de respeto (MR), módulo familiar (MF), módulo de madres (UM), módulo o comunidad terapéutica (CT, que en Cataluña se llama DAE), unidades de tratamiento (UT) y unidades de tratamiento educativas (UTE).

Muestra

Para la selección de la muestra los criterios de inclusión considerados han sido:

- Mujeres mayores de edad.
- Mujeres penadas clasificadas en segundo o tercer grado de cumplimiento de pena, excluyendo las que estando en tercer grado de pena corresponden al artículo 86.4 (telemáticas).
- Mujeres clasificadas en primer grado artículo (100.2). Se incluyen en la muestra por combinar régimen abierto y cerrado y participar en programas especiales de

tratamiento.

- Mujeres que cumpliendo los criterios señalados tengan conocimientos básicos de la lengua española.

Antes de indicar el tipo de muestreo que se ha utilizado es necesario poner de manifiesto algunos aspectos que estaban presentes en esta población y que influyen en su realización:

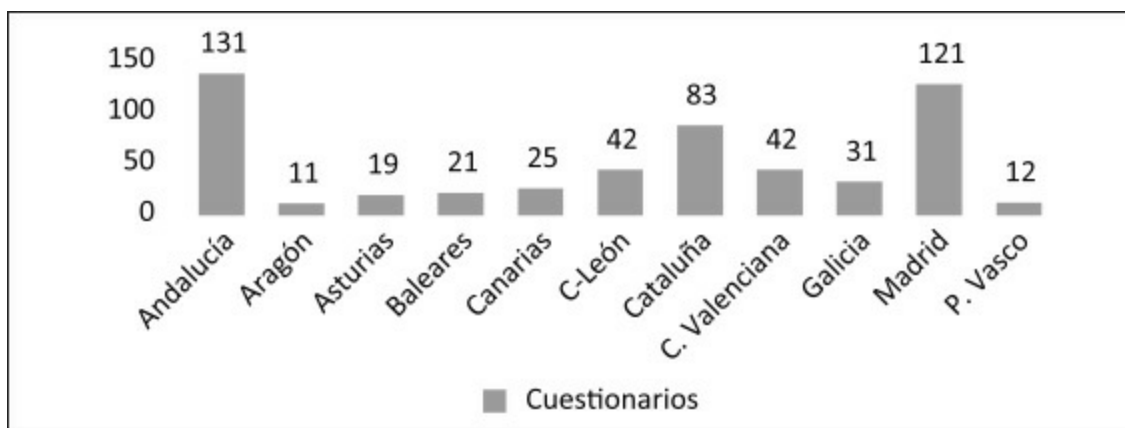
- A priori, no se conoce cuál es la población real de reclusas drogodependientes.
- Por razones de privacidad, no existe una relación nominal de las personas a encuestar, lo cual implica la imposibilidad de elegir o seleccionarlas.
- La participación en la encuesta es voluntaria, es decir, las encuestadas son las que eligen al encuestador. Lo mismo sucede en las entrevistas.

Una vez situados en el Centro, se hizo un muestreo aleatorio, cuyo tamaño venía determinado por el muestreo estratificado de partida, entre las personas que se ofrecían voluntarias; si bien interesaban mujeres drogodependientes, dada la dificultad para conocer a priori quienes eran, se optó por tomar la muestra entre todas aquellas que voluntariamente quisieran participar en el estudio. En la encuesta se establecieron unas preguntas que han permitido, con posterioridad a la observación de los datos, establecer las subpoblaciones de adictas activas (AA), adictas en programas de mantenimiento de metadona (PMM), ex adictas (EX) y no adictas (NA), como se explica ampliamente en el siguiente capítulo.

Sobre la población total bajo estudio, como ya se ha indicado anteriormente, se consideró un muestreo estratificado y por territorio con asignación a la muestra proporcional al tamaño, aunque con un reparto desequilibrado, en función de los Centros e interés especial por el tipo de enfoque o tratamiento que desarrollaban. Así se hizo un reparto para cada uno de los tipos de Centros eliminando aquellos en los que, por su reducido tamaño, el número de observaciones era muy bajo para el coste de desplazar a los encuestadores.

Se visitaron cuarenta y dos Centros de once Comunidades Autónomas.

GRÁFICO 1. NÚMERO DE CUESTIONARIOS DE MUJERES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA



Fuente: Elaboración propia

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, CENTROS E INSTRUMENTOS VÁLIDOS: CUESTIONARIOS (C), ENTREVISTAS (E) Y PROGRAMAS (P)

Comunidad Autónoma	Número y nombre de los Centros visitados	C	E	P
Andalucía	12: CIS Manuel Montesinos y Molina (Cádiz); CP Algeciras (Cádiz); CP Puerto III (Cádiz); CP Córdoba (Córdoba); CIS Matilde Cantos Fernández (Granada); UDM del CIS Matilde Cantos Fernández (Granada); CP Albolote (Granada); CP Huelva (Huelva); CIS Evaristo Martín Nieto (Málaga); CIS Luis Giménez Asua (Sevilla); UDM del CIS Luis Giménez Asua (Sevilla); CP de mujeres Alcalá de Guadaira (Sevilla)	131	14	9
Aragón	1: CP Zuera (Zaragoza)	11	1	2
Asturias	1: CP Villabona (Asturias) (se visitaron 2 módulos, uno de ellos la UTE)	19	2	-
Baleares	3: CIS Joaquín Ruíz Jiménez (Mallorca); UEM del CIS Joaquín Ruíz Jiménez (Mallorca); CP Palma de Mallorca	21	4	8
Canarias	2: CIS Mercedes Pinto (Tenerife); CP Santa Cruz de Tenerife (Tenerife)	25	4	5
Castilla León	3: CP Ávila (Ávila); CP Mansilla de las Mulas (León); CP Topas (Salamanca)	42	4	4
Cataluña	5: CP Brians I (Barcelona); CP Dones de Barcelona (Barcelona); SA Wad-Ras Dones (Barcelona); UDM Ágora de Dones Wad-Ras (Barcelona); UDM de Dones Wad-Ras (Barcelona)	83	8	5
Valencia	4: CIS Torre Espioca (Valencia); CP Picassent (Valencia); CP Alicante (Alicante); Psiquiátrico CP Fontcalent (Alicante)	42	5	1
Galicia	2: CP A Lama (Pontevedra); CP Teixeira (Coruña)	31	3	1
Madrid	8: CIS Melchor Rodríguez García (Madrid); CP Madrid I (Madrid); CIS Victoria Kent (Madrid); CP Madrid V Soto del Real (Madrid); UTE CP Madrid VI (Madrid); UTE CP Madrid VII (Madrid); UDM Madrid VI (Madrid); UEM Jaime Garralda del CIS Victoria Kent (Madrid)	121	15	6
País Vasco	1: CP Nanclares de la Oca (Álava)	12	1	-
Totales	42 Centros	538	61	43

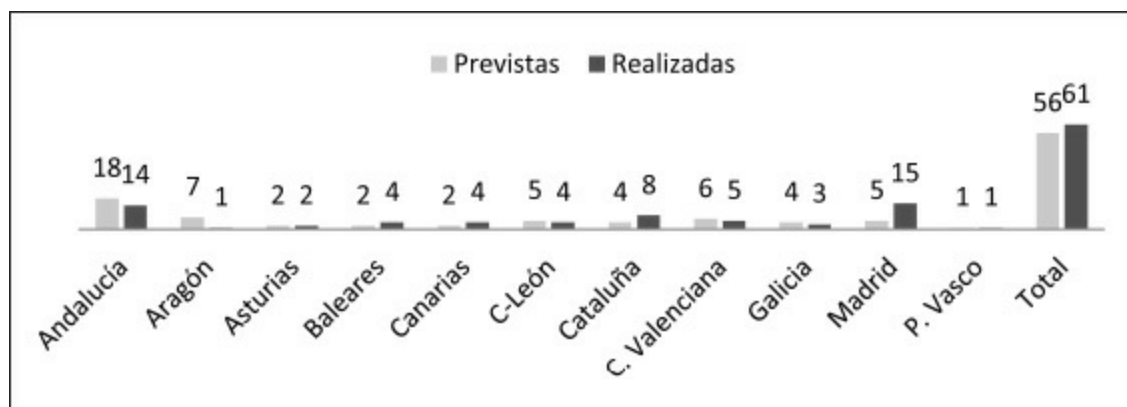
Fuente: Elaboración propia

La muestra en los cuestionarios (538) refleja aproximadamente el 15% de la población nacional femenina penitenciaria, con un tamaño de muestra igual a $0.15 \times 3.484 = 523$ mujeres. El margen de error de los datos referidos al total de la muestra (con un nivel de confianza del 95%) es de 3,9 puntos.

Por otro, se realizaron sesenta y una entrevistas. Las variaciones entre las cifras previstas y las realmente obtenidas obedecen a que, en ocasiones, las mujeres no

quisieron participar, bien por ser su día libre, bien por tener otras actividades ya programadas o bien porque hubo más mujeres voluntarias dispuestas a participar en el estudio. Sumando la muestra total resulta 599 participantes, lo que representa el 17% de la población total femenina internada.

GRÁFICO 2. NÚMERO DE ENTREVISTAS PREVISTAS Y REALIZADAS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA



Fuente: Elaboración propia

Finalmente, para los profesionales se recogieron cuestionarios en veintiún Centros (la mitad de los visitados) obteniendo información sobre cuarenta y tres programas. El número de cuestionarios recogidos fue treinta y seis que corresponden al mismo número de profesionales que los cumplimentaron.

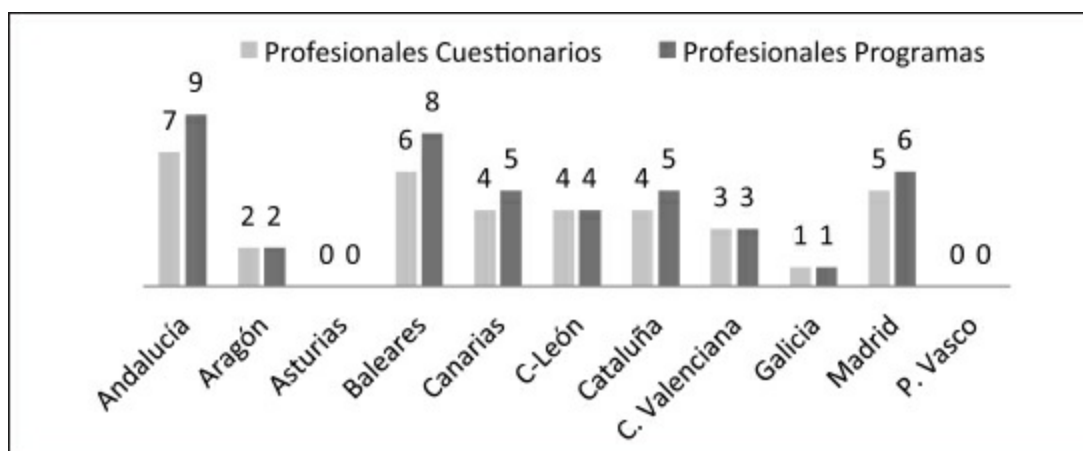
TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS PROFESIONALES Y PROGRAMAS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y ENFOQUES

Comunidad Autónoma	Número de programas en los cuestionarios recogidos	Enfoque preferente de los programas
Andalucía	9	Educación social (2), Reinserción laboral (2), Género (2), Prev./Trat. drogodependencias (1), Reinserción social (1), Otros (1).
Aragón	2	Prev./Trat. drogodependencias (1), Género (1).
Baleares	8	Reinserción social (2), Reinserción laboral (2), Género (1), Educación social (1), Salud (1), Prev./Trat. drogodependencias (1).
Canarias	5	Educación social (2), Prev./Trat. drogodependencias (2), Reinserción laboral (1).
Castilla-León	4	Reinserción laboral (1), Género (1), Prev./Trat. drogodependencias (2).
Cataluña	5	Género (1), Otros (4).
C. Valenciana	3	Educación social (1), Trat. drogodependencias (1), Género (1).

Galicia	1	Género (1).
Madrid	6	Prev./Trat. drogodependencias (2), Reinserción laboral (1), Reinserción social (3).
TOTALES	43 programas	10 Prev./Trat. drogodependencias + 8 Género + 7 Educación Social e + 7 Reinserción laboral + 6 Reinserción social + 5 otros

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 3. NÚMERO DE CUESTIONARIOS Y PROGRAMAS DE PROFESIONALES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA



Fuente: Elaboración propia

4. Instrumentos

La fuente principal de información ha sido, lógicamente, las mujeres objeto de estudio, pero también los profesionales encargados de los diversos programas socioeducativos que se llevan a cabo en el medio penitenciario.

Los instrumentos de recogida de información han sido de dos tipos: cuestionario para mujeres y para profesionales, y entrevista semiestructurada -cara a cara- con mujeres. Las entrevistas y las encuestas se realizaron de junio a octubre de 2011.

4.1. Cuestionario para mujeres

Consta de noventa y dos ítems divididos en cinco bloques. El tipo de encuesta podía ser autocumplimentada, guiada o mixta, dependiendo de las características de la mujer que realizara la encuesta. El cuestionario se compone principalmente de preguntas cerradas de respuesta múltiple, preguntas abiertas y preguntas filtro o condicionadas.

- **Bloque I:** Recoge características sociodemográficas, infancia y algunos aspectos penales de estas mujeres.
- **Bloque II:** Algunas de las preguntas se refieren a cuestiones previas a prisión

(trabajo, ingresos, educación) y profundiza en los programas específicos y/o socioeducativos ofertados o realizados en prisión.

- **Bloque III:** Se interesa por la relación de las mujeres con el personal penitenciario, con su familia, amigos, pareja, iguales, etc., sobre la vida en prisión y las consecuencias del internamiento.
- **Bloque IV:** Recoge variables de salud física y mental, así como sobre los tratamientos recibidos.
- **Bloque V:** Aborda el consumo de diversas sustancias, antes y después de la entrada en prisión, así como en la actualidad. También se analiza la participación en programas de tratamiento y las recaídas.

Para la validación del cuestionario, además de la evaluación del equipo de investigación, se hizo una consulta a expertos externos de diferentes áreas de investigación tales como Métodos Cuantitativos, Métodos de Investigación y diagnóstico en Educación y Sociología, pertenecientes a las universidades de Granada y País Vasco. Asimismo, se llevó a cabo una prueba piloto (seis cuestionarios y dos entrevistas) en Granada, el 25 y 26 de mayo de 2011 en el CIS “Matilde Cantos Fernández”, que sirvió para matizar algunas preguntas cuya formulación resultó confusa para las mujeres que hicieron la prueba.

4.2. Entrevista a mujeres

Para la entrevista semiestructurada -cara a cara-, se utiliza un guion de preguntas abiertas sobre los distintos aspectos personales, familiares, penitenciarios, adicciones, programas, etc. y en proximidad al cuestionario.

Otro aspecto muy importante era establecer, a priori, el número de personas a entrevistar. El objetivo no es solo la representación estadística, sino el contenido y la calidad de la información. Es importante que las personas seleccionadas pertenezcan al perfil que nos interesa (Hernández Sampieri, et al., 2003). Para ello, se consultó a un conjunto de expertos que consideraron que era adecuada una muestra de cincuenta entrevistas teniendo en cuenta su profundidad y contenido, estimando un tiempo aproximado de una hora por entrevista.

La prueba piloto, comentada anteriormente, sirvió también para matizar la entrevista al observar las cuestiones que resultaban más difíciles para las mujeres.

4.3. Cuestionario para profesionales

Consta de veintiuna preguntas que buscan conocer los programas más importantes que se están aplicando a este colectivo en España, así como las áreas en que se están trabajando, permitiendo identificar la existencia de áreas deficitarias u olvidadas. Estos programas se enmarcaban dentro de cuatro temas principales como son:

- Educación social.
- Prevención y/o tratamiento de drogodependencias.

- Reinserción social.
- Reinserción laboral: Formación profesional y empleo.

Se validó el instrumento de la misma manera que el cuestionario de mujeres.

5. Procedimiento

En todos los Centros a los que se acudió se establecía previamente una comunicación escrita y se concertaba una cita por teléfono en la que se informaba a la persona responsable (Subdirector o Subdirectora de Tratamiento en la mayoría de los casos) acerca del día o días en que se haría la visita, el perfil básico de la muestra (tanto cuestionario como entrevista semiestructurada) y el número aproximado de cuestionarios o entrevistas necesarios, teniendo siempre en cuenta la disponibilidad de cada Centro.

En algunos, los responsables eligieron previamente a las mujeres que formarían parte de la muestra, una vez que contaban con su disponibilidad y voluntad de participación, reuniéndolas en espacios donde poder trabajar con intimidad. Generalmente ese lugar ha sido la “escuela” puesto que allí había la infraestructura necesaria (mesas, sillas...) para rellenar los cuestionarios. En ningún caso se permitió al personal penitenciario estar presente durante la cumplimentación de los cuestionarios y/o la realización de las entrevistas, para preservar el anonimato y la libertad en las respuestas.

En aquellos casos en los que las mujeres no habían sido seleccionadas previamente, el proceso se llevaba a cabo ese mismo día por parte del personal penitenciario. En la mayoría de los casos, los educadores, trabajadores sociales, psicólogos y en general el personal penitenciario, ayudaban para obtener el mayor número de muestra posible, colaborando con interés.

Una vez reunidas las mujeres en un lugar apropiado, se les explicaba el proyecto, sus objetivos, la importancia de su implicación y sinceridad; y, previo consentimiento, se iniciaba el trabajo con los cuestionarios normalmente en grupos de cinco o seis a la vez y, en algunas ocasiones, si era necesario, formando grupos más grandes, de unas diez o doce mujeres. El tipo de procedimiento para cumplimentar los cuestionarios dependía del nivel de comprensión del idioma y del grado de competencias de lectoescritura, en función del cual la cumplimentación podía ser: *autocumplimentada, guiada o mixta*.

Las entrevistas se realizaban en sitios más íntimos y normalmente en espacios sin interrupciones ni ruido, siempre y cuando fuese posible. Para la realización de las entrevistas se seguía el mismo protocolo; es decir, se explicaba primero el proyecto, sus objetivos, etc., solicitando permiso a las mujeres para grabar su voz. La duración de la entrevista era de aproximadamente de cuarenta a sesenta minutos.

El protocolo para los cuestionarios de profesionales fue diferente ya que se enviaron por correo postal a todos los Centros seleccionados antes de que acudieran los encuestadores; en algunos casos se recogieron al terminar la visita, mientras que en otros los profesionales remitieron sus cuestionarios posteriormente por correo postal. En algunos Centros, los cuestionarios fueron cumplimentados por el personal penitenciario

(responsables o educadores) y en otros por los responsables de los programas de las entidades colaboradoras en prisión. El número de Centros y profesionales que cumplieron el cuestionario de programas fue aproximadamente la mitad en relación con el número de Centros elegidos para realizar la investigación.

6. Tratamiento de la información

Para los cuestionarios (mujeres y profesionales) se creó una base de datos en el programa informático SPSS v. 15 y 20. Se diferencian tres etapas:

1. **Fase de depuración:** Una vez que se tuvo la base inicial se procedió a una depuración y revisión detallada de la misma. Este proceso se llevó a cabo de forma rigurosa y metódica empleándose bastante tiempo, dada la extensión y complejidad de las bases de los cuestionarios. El objetivo pretendido era detectar y eliminar, hasta donde fuese posible, aquellos errores o situaciones que pudiesen significar un problema grave, como por ejemplo cuestionarios prácticamente en blanco o que claramente no habían sido cumplimentados correctamente.

2. **Fase de codificación:** En esta etapa se procedió a categorizar y codificar las respuestas de manera que facilitara el proceso de tabulación y posterior obtención de resultados. Se realizó, además, la transcripción de las preguntas abiertas de los cuestionarios a un editor de ecuaciones para proceder a su categorización y clasificación.

En el caso de las entrevistas, el tratamiento se inició al transcribir todas las respuestas a un editor de textos. A continuación se le aplicó diversos controles para garantizar la calidad y la coherencia interna de las respuestas. Además se categorizaron las respuestas abiertas.

3. **Análisis de la información.** En esta etapa se procedió al análisis de los datos y entrevistas recogido con anterioridad.

Para las entrevistas se aplicaron técnicas cualitativas de análisis de contenidos. El proceder analítico de las entrevistas ha servido para reforzar, profundizar y matizar los resultados de carácter cuantitativo derivados de los cuestionarios, y en algunos casos, para evidenciar categorías nuevas con las que trabajar.

Hay que señalar que los análisis que se exponen se realizaron tanto para la muestra en su conjunto como para las diferentes submuestras que se han identificado y categorizado (perfiles de adicción) en función de la relación establecida con las drogas que describe ampliamente en el siguiente capítulo, y que son:

- **NA**= No adictas: ningún consumo problemático.
- **EX**= Ex adictas: han dejado el abuso al menos seis meses.
- **PMM**= Adictas en PMM: se encuentran en Programas de Mantenimiento de Metadona.

- **AA= Adictas activas:** tienen consumo problemático y dependiente de drogas sean sustancias legales o no.

Esta clasificación es muy interesante y vital para el estudio pero dificulta considerablemente el volumen de análisis a realizar.

En concreto, para las bases de datos propiamente dichas se llevó a cabo el análisis estadístico siguiente:

A. Estudio unidimensional: Se procedió a realizar un análisis unidimensional de todas y cada una de las variables incluidas en la base, tanto en el caso de la población general como en el de las subpoblaciones indicadas.

A su vez, hay que diferenciar el análisis según el tipo de variable. Para las variables cuantitativas se obtuvieron las correspondientes tablas de frecuencias y se calcularon las principales medidas de estadística descriptiva como son:

- Medidas de posición, caracterizadas por la media, moda, mediana y percentiles.
- Medidas de dispersión, dadas por la varianza, desviación típica y coeficiente de variación.
- Medidas de forma, por medio del coeficiente de asimetría y el coeficiente de curtosis.
- Está pendiente, aunque previsto, el análisis de las medidas de concentración (índice de Gini) para aquellas variables de tipo económico, como pueden ser ingresos, si es posible dada la forma de recogida de los datos.

Además, para estas variables se obtuvieron los intervalos de confianza para la media de cada variable mediante las correspondientes técnicas estadísticas tanto paramétricas como no paramétricas en la población general y para las distintas subpoblaciones. Además, se analizó si existían diferencias entre los valores medios de todas las variables comparando subpoblaciones dos a dos por medio de intervalos de confianza y con las correspondientes pruebas no paramétricas.

En el caso de las variables cualitativas, el análisis consistió en la obtención de las frecuencias y las consiguientes representaciones gráficas ya que, especialmente en este tipo de variables, son una forma muy usual de presentarlas y permite, de forma visual, conocer con minuciosidad los aspectos que se habían señalado en los objetivos comentados anteriormente.

B. Estudio bidimensional: Además, se abordó el análisis bivariado de variables. Para ello se obtuvieron las tablas de contingencia para la población general y por subpoblaciones, de aquellas variables que en principio determinaron los expertos. Se obtuvieron los correspondientes coeficientes de correlación, para estudiar el grado de asociación entre las variables según fueran cuantitativas o cualitativas. Se incorporaron también, dependiendo del tipo de datos, pruebas de independencia y de homogeneidad,

tanto paramétricas como no paramétricas.

Finalmente, cabe señalar que además de los análisis específicos señalados, para favorecer una lectura más ágil y para tener una mejor comprensión del presente libro se han hecho fundamentalmente análisis de tipo general y de carácter descriptivo.

Referencias bibliográficas

- Almeda, Elisabet (2010). Privación de libertad y mujeres extranjeras. Viejos prejuicios y nuevas desigualdades. En Fanny T. Añaños (Coord.), *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto*, pp.201-234. Barcelona: Gedisa.
- Añaños Bedriñana, Fanny T. (2010). Mujeres presas y su relación con las drogas. Implicaciones desde la Educación Social. En Fanny T. Añaños (Coord.), *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto*, (77-100). Barcelona: Gedisa.
- (2012). Violencias y exclusiones. Enfoque socioeducativo y de la paz. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 59 (mayo-agosto), 13-41.
- Bedmar, Matías y Añaños, Fanny (2006). *Introducción a la Pedagogía/Educación Social*. Granada: Nativola.
- Bericat, Eduardo (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Bonoma, Thomas V. (1985). Case Research in Marketing: Opportunities, Problems and Process. *Journal of Marketing Research*, vol XXII, mayo 1985.
- Casares, González, Secades y Fernández, 2008; Diferencias en el perfil de gravedad de la adicción, de la motivación y trastornos comórbicos en sujetos toxicómanos encarcelados. *Adicciones XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Valencia, pp.24-25.
- Cruells, Martha e Igareda, Nuria (2005). *Mujeres, integración y prisión*. Barcelona: SURT.
- Defensor del Pueblo Andalúz (2006). *Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía*. Sevilla: Informe especial al Parlamento.
- Delgado Pérez, Ignacio (2008). *Informe especial del Defensor del Pueblo Andalúz sobre las mujeres presas en Andalucía*. En F. Añaños, F. del Pozo e I. Mavrou (Coords.), *Educación social en el ámbito penitenciario: Mujeres, infancia y familia*, 62-77. Granada: Nativola.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1998). *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks: SAGE.
- Eckardt, M. (2007). Insurance intermediation: An Economic Analysis the Information Services Market. Heidelberg: Physica Verlag.
- Fernández Iglesias, Araceli (2008). Análisis comparativo entre hombres y mujeres en prisión: situación coyuntural y relaciones familiares. En F. Añaños, F.J. del Pozo y I. Mavrou, (Coords.). *Educación Social en el ámbito penitenciario: mujeres, infancia y familia* (pp. 32-48). Granada: Nativola.
- Hernández Sampieri, Roberto, et al. (2003). *Metodología de la investigación*, segunda edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Juliano, Dolores (2010). La criminalización de las mujeres. Estigmatización de las estrategias femeninas para no delinquir. En F. Añaños (Coord.), *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto*, pp.25-44. Barcelona: Gedisa.
- Llopis, Juan José (2008). Estudio sobre las perspectivas de mejora de la asistencia a las mujeres drogodependientes con hijos en Europa. Implicaciones y consecuencias. En F. T. Añaños, F.J. del Pozo, e I. Mavrou (Coords.). *Educación social en el ámbito penitenciario: mujeres, infancia y familia* (pp.261-271). Granada: Nativola.
- Martínez-Cordero, Andrés (2007). Tratamiento de las adicciones en prisión. *Adicciones. XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Valencia, España, 22-24 de marzo.

- Orte, Carmen (2008). La intervención familiar con mujeres drogodependientes y con procesos legales. En F. Añaños, F. del Pozo e I. Mavrou (Coords.). *Educación social en el ámbito penitenciario: mujeres, infancia y familia*, 248-260. Granada: Nativola.
- Pantoja, Luis (2010). Actuación socioeducativa con mujeres presas: el papel de los educadores sociales. En F.T. Añaños (Coord.). *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto* (pp.123-136). Barcelona: Gedisa.
- Parlamento Europeo (2008). *Informe sobre la situación especial de las mujeres en los centros penitenciarios y las repercusiones de la encarcelación de los padres sobre la vida social y familiar*. Accesible en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2008-0033+0+DOC+PDF+V0//ES>
- Pérez Serrano, Gloria (2003). *Pedagogía Social. Construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea.
- Roca, X. y Caixal, G. (2002). Estudi de la reincidencia en una mostra d'interns penitenciaris sotmesos a tractament per l'addicció a drogues. *Invesbreu*, 21, 4-8.
- Ruiz Bolívar, Carlos (2008). El enfoque multimétodos en la investigación social y educativa: una mirada desde el paradigma de la complejidad. *Revista de Filosofía y sociopolítica de la educación*, 8, año 4, 13-28.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2011). Estadística penitenciaria.
- Symonds, J. y Gorard, S. (2010). The deat of mixed methods?: or the rebirth of reseaech as craft. *Evaluation and Research in Education*, 23 (2), 121-136.
- SURT (2005). *Mujeres, integración y prisión*. Barcelona: Aurea.
- Tashakkori, A. y Tiddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. London: Sage.
- Yague, Concepción (2007). Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 5. Recuperado en <http://www.criminologia.net>
- (2010). Panorama actual de la situación de las mujeres y madres en los centros penitenciarios españoles. El programa de igualdad. En F.T. Añaños (Coord.), *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto* (pp.183-200). Barcelona: Gedisa.

¹ Parlamento Europeo, 2008; Añaños, 2010, 2012; Fernández Iglesias, 2008; Orte, 2008, Cruells e Igareda, 2005; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Martínez-Cordero, 2007; Delgado Pérez, 2008; Roca y Caixal, 2002; Llopis, 2008; Casares, González, Secades y Fernández, 2008; Yague, 2007, 2010; SURT, 2008; Almeda, 2010; Juliano, 2010; Pantoja, 2010.

² El artículo 86.4 posibilita una forma específica de cumplir condena en régimen abierto, sustituyendo el tiempo de estancia mínimo obligatorio en el establecimiento por medios telemáticos u otros sistemas adecuados de control.

I. RASGOS FUNDAMENTALES DE LAS MUJERES EN PRISIÓN

Definición de los perfiles de adicción y rasgos de consumo en mujeres reclusas

FANNY T. AÑAÑOS-BEDRIÑANA

Universidad de Granada

Introducción. Definiendo los perfiles de adicción

En la amplia y diversa tipología de población que ingresa a prisión la cuestión de las drogodependencias es uno de los problemas más relevantes, por el número de personas afectadas y por la gravedad de las complicaciones asociadas, en los aspectos de salud, desestructuración de la personalidad, convivencia familiar, actividad formativa y laboral, deterioro social, marginalidad y problemas jurídicos y penales (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias –SGIP–, 2013). Incluso el consumo de sustancias se convierte en uno de los factores más trascendentales en cuanto a sus biografías personales y sus situaciones orgánicas, psíquicas y sociales, así como de constituirse en una condición personal determinante en sus proyectos de cambio y de inserción en la sociedad (Añaños, 2010).

Las relaciones con las sustancias adictivas se producen de numerosas formas, según el contexto, los movimientos económicos derivados, el tipo de sustancia, las frecuencias de consumo, la dependencia que genera, las consecuencias del consumo, los efectos en el organismo, los usos y costumbres socioculturales, las representaciones sociales, etc. (Rodríguez y Mejías, 2001; Añaños, 2005; Sierra et al., 2005). Dichas relaciones en la muestra investigada responden a cuatro tipologías definidas en el equipo, centradas en el consumo de las sustancias, a la luz de las actuales corrientes en el abordaje de las adicciones y a las tendencias de estudios e investigaciones más significativas en la materia. En consecuencia, la definición de los conceptos sobre lo que se entiende por droga, además de las cuestiones legales y socioculturales, tienen que ver con discursos ampliamente debatidos en los años 80 o 90 y superados a la fecha, así como por las características especiales de la población reclusa y la necesidad de clasificación que responda a la misma.

Esta clasificación estructura los datos sobre las relaciones establecidas con las drogas y las autopercepciones ofrecidas por las propias participantes. Se ha aplicado en dos momentos: el mes antes de entrar en prisión y en los últimos treinta días dentro de prisión.

De partida se tiene en cuenta que el tabaco, el alcohol de uso, los fármacos y la metadona recetados no han sido considerados drogas de identificación de los perfiles, aunque sí se consideran como sustancias de consumo ante los análisis, por los siguientes argumentos: el tabaco y el alcohol, si bien producen adicción, no están considerados como sustancias ilegales y tienen usos socioculturales. Por tanto, en la investigación, el

alcohol se ha considerado en la clasificación en los perfiles según la frecuencia de consumo diario, la identificación de droga principal y la percepción de las consecuencias negativas o problemáticas en la vida de las participantes. Al tabaco le pasa lo mismo e incluso, aunque haya consumos diarios, son mínimos los estudios que lo consideren como droga. Por tanto, el alcohol y el tabaco son tratados de forma independiente, excepto en los casos en los que el alcohol cause alcoholemia o su consumo sea problemático.

En cuanto a los fármacos y la metadona, a pesar de que producen adicciones, si están prescritos o recetados por un facultativo, y en caso de la metadona en el marco de los programas de mantenimiento de metadona (PMM), se consideran “tratamiento” nunca droga, aunque al respecto puede haber polémica, pero ello es aparte. Consecuentemente, hay una supervisión y seguimiento médico controlado. Por el contrario, se consideran adicción si los consumos se producen fuera o sin prescripción facultativa.

Tras estas matizaciones, de acuerdo con los análisis y propuestas de los expertos en la materia (J.J. Llopis, F.T. Añanos y A. Turbi), se han definido cuatro perfiles o subgrupos muy caracterizados:

Adictas activas (AA), mujeres que presentan un consumo problemático de drogas ilegales (ocasional, semanal o diario), alcohol si hay un consumo diario y si es considerado droga principal, así como los fármacos sin receta.

Adictas en Programas de Mantenimiento de Metadona (PMM), son las participantes en esos programas bajo prescripción y control médico; sin embargo, dadas sus particularidades (efectos de la metadona, grado de concienciación y acción de la superación del problema, etc.) es necesario agruparlas de forma independiente según los análisis y a la hora de hacer propuestas de intervención específicas. Estar en **PMM** es sencillamente una situación o un proceso de “tratamiento”, con el propósito de mejorar la calidad la vida (reducción de daños y riesgos) y/o de dejar progresivamente el consumo, pero no implica o es absolutamente independiente de estar en otros tratamientos de tipo psicológico o de deshabituación o, por el contrario, llevar varios tratamientos a la vez, así como de superar el tratamiento, pasar a otra fase o ser baja. No obstante, el hecho de estar participando en estos programas evidencia una fase importante en la evolución terapéutica y rehabilitadora que se quiere destacar.

Ex adictas (EX), las que llevan al menos seis meses sin consumir las sustancias definidas previamente como drogas.

No adictas (NA), son las abstinentes totales de drogas ilegales y/o con consumos puntuales u ocasionales de alcohol (uso), consumos puntuales o habituales de tabaco y/o fármacos recetados.

A continuación, se analizarán en los distintos bloques las características de la adicción,

centrando el foco fundamentalmente en el “momento actual”, es decir el último mes dentro de prisión en los cuestionarios (N=538), puesto que son los que componen el grueso de la muestra estudiada y se trata de una situación que marca el instante en que se aplican los instrumentos. No obstante, aunque en menor medida, también se darán algunas pinceladas de forma complementaria con la información de las entrevistas (N=61) y, en la problemática antes de la entrada en prisión, como parte del historial que incide en la actualidad de las participantes.

1. Identificación de los perfiles relacionados con las drogas

Iniciamos el análisis revelando la clasificación de los perfiles de adicción, en el que se pone de manifiesto que el 60,6% de las mujeres reclusas encuestadas, el mes antes de entrar a prisión, han tenido o tienen historias de adicción a lo largo de sus vidas, distribuidas en los distintos perfiles (53,7% AA + 4,1% EX + 2,8% PMM); por el contrario, solo el 39,4% no ha tenido dicha relación (NA). Un porcentaje que representa 15 puntos menos que la encuesta ESDIP¹ (DGPNSD, 2011), es decir 76%, pero en éste no se distingue el dato por sexo; no obstante, por las tendencias y otras investigaciones, se sabe que el consumo de mujeres es en general inferior al de los hombres.

Sin embargo, si comparamos estas proporciones con población general nacional (en libertad) es difícil definir con exactitud las cifras, puesto que EDADES² refleja las estadísticas de consumo y no de adicción, asimismo otros informes realizados por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) muestran datos referentes a ingresos en programas de tratamiento, ingresos hospitalarios o muertes por drogas, aunque estos últimos pueden ser indicadores de una gran problemática con las sustancias no sabemos si es una situación puntual; también hay que considerar que no todas las personas adictas ingresan a los programas de tratamiento o registran ingresos hospitalarios. Por tanto, el dato es aproximado o simplemente referencial; de modo que buscando la similitud solo podemos asociarlo al consumo diario por sustancia en la encuesta EDADES, siendo el más alto el alcohol 10,2%, hipnosedantes 4% y cannabis 1,7% (OEDT y DGPNSD, 2013), constituyendo datos muy distantes a los que se manejan en población penitenciaria.

Según el estudio, en el último mes en prisión, gran parte de la realidad adictiva de estas mujeres cambia. El dato más significativo se produce en el perfil de AA quienes se reducen drásticamente del 53,7% al 12,8%; por otro lado, se genera un incremento del 4,1% al 36,1% en el perfil de mujeres que manifiestan haber superado la adicción situándose como EX; asimismo hay un aumento en la presencialidad de mujeres que participan en los programas de mantenimiento de metadona (PMM, del 2,8% al 11,9%). Otra cuestión por destacar en la identificación de los perfiles es el insignificante inicio de la adicción dentro de prisión (un caso).

En suma, actualmente identificamos que el 24,7% de las mujeres aún mantienen el consumo (AA y PMM), frente al 56,5% que suponía el mes antes de entrar a prisión. Un dato casi coincidente con el ESDIP 2011 (DGPNSD, 2011) que cifra el consumo en el

último mes en prisión en 24,4%, pero en este no se distingue el sexo, por lo que volvemos a indicar que, en el caso de las mujeres, los consumos suelen ser menores y nuestros datos muestran una tendencia más alta.

Pasando a las *entrevistas*, se realizaron un total de sesenta y una, independientemente de los cuestionarios, en las que se identificó y clasificó la siguiente distribución de perfiles. El mes antes de entrar a prisión cuarenta y cuatro mujeres eran AA (72,1%), tres se hallaban en PMM (4,9%), cinco eran EX (8,2%) y únicamente nueve NA (14,8%). Estos perfiles cambian en el último mes dentro de prisión a cuarenta mujeres (65,5%) son EX; seis (9,8% AA) siguen manteniendo la adicción, otras seis (9,8%) están en PMM y nueve (14,8%) NA. Datos que en su conjunto son aún más contundentes que en los cuestionarios (85,2% sumando los perfiles adictivos), los cuales inciden más en visibilizar la enorme dimensión en la relación adictiva de las mujeres antes de entrar a la prisión (18,4 puntos más que en los cuestionarios), así como a fecha del estudio las mismas manifiestan haber dejado el consumo problemático (29,4 puntos por encima de los hallados en los cuestionarios).

2. Relación con las sustancias

Para conocer el tipo de sustancias consumidas, se les hace una primera pregunta exploratoria global sobre el alcohol y/o tabaco (“consumo a lo largo de su vida” y “actualmente”), en ella encontramos una imagen muy esclarecedora en relación al consumo de las sustancias institucionalizadas y otras sustancias ilegales. No obstante, son datos iniciales básicos que no permiten definir el perfil de adicción, pero sí nos ayuda a tener una aproximación de la dimensión e importancia de las mismas.

TABLA 4. EXPLORACIÓN SOBRE EL CONSUMO A LO LARGO DE LA VIDA Y ACTUALMENTE DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

	A lo largo de la vida		Actualmente	
	%	N	%	N
Tabaco y alcohol	87,5	471	62,1	334
Otras drogas	60	323	10,2	55

Fuente: Elaboración propia

En la muestra global (N=538), el 87,5% manifiesta que ha consumido alcohol y tabaco a lo largo de la vida, en cambio solo el 11,9% (64 mujeres) dice no haber probado nunca estas sustancias. En el caso de otras drogas el 60% expresa haber consumido, siendo un dato coincidente con el perfil de adicción identificados por el equipo en los cuestionarios antes de entrar a prisión. Actualmente, siguen consumiendo alcohol y/o tabaco el 62,1%, pero la incidencia baja a 25,4 puntos menos que la prevalencia inicial,

así mismo el consumo de otras drogas se reduce al 10,2%, siendo este último bastante distante del dato de prevalencia (49,8 puntos menos).

A continuación se plantea un análisis más profundo y riguroso sobre el consumo de las distintas sustancias por subgrupos, en los dos momentos de estudio (último mes antes de entrar a prisión –al margen de la fecha de entrada al sistema penitenciario– y en los últimos treinta días en prisión), siendo las respuestas independientes al presentarse policonsumo.

2.1. Consumo antes de entrar a prisión

En este punto se describen las sustancias más consumidas o usuales en contexto español y de forma específica en el medio penitenciario, incluso se ha diferenciado la prescripción médica o no de la sustancia y su presentación en distintos formatos con el fin de recopilar la máxima información posible y para identificar si dicho consumo responde a un proceso de tratamiento.

Antes de entrar en prisión, en la muestra global, la sustancia más consumida es el tabaco con 79,4%, seguida del alcohol con 67,5%. Dentro de las sustancias ilegales encontramos el cannabis con 47%, cocaína en polvo con 44,2%, cocaína base con 37%, heroína y cocaína 34,6%, heroína sola 34% y tranquilizantes no recetados 21,7%. Las de menor incidencia son los opiáceos no recetados 9,3%, seguido de anestésicos –éxtasis líquido– 9,1% y, por último, inhalables 8,2%. Estas sustancias y jerarquías se acercan mucho al ESDIP 2011 (DGPNSD, 2011), al menos en las sustancias principales: alcohol 64,8%, cannabis 39,8%, cocaína en polvo 27,4%, cocaína base 18,5%, heroína sola 13,7%, heroína+cocaína 12% y tranquilizantes recetados 13,3%, si bien los datos de la investigación son más elevados y teniendo en cuenta que son solo mujeres.

Por perfiles, en primer lugar distinguimos a las AA cuyas sustancias más consumidas son: el tabaco con un 93,8%, el alcohol (72,2%) y el cannabis (72,7%). Con una frecuencia alta encontramos la cocaína, identificando la cocaína en polvo (68,9%) y la cocaína base (60,9%). En cuanto a la heroína llama la atención su prevalencia: heroína+cocaína (speedball) 58,1% y heroína sola 56,4%. En relación a los tranquilizantes, los recetados tienen prevalencia del 46,7% y los no recetados el 36%. El 43% dice consumir metadona recetada y el 20,8% metadona sin receta, sin embargo los otros consumos hacen que en teoría no puedan estar clasificadas exclusivamente en los PMM sino como AA, asimismo indica una anomalía de los programas de PMM, puesto que estos, en principio, no admiten otro tipo de consumos adictivos fuera de la metadona prescrita. Las sustancias menos incidentes son el éxtasis (32,5%), anfetaminas (25,6%), alucinógenos (25,3%), opiáceos no recetados (16,3%), anestésicos (15,6%) e inhalables (14,2%).

En las mujeres en PMM, la sustancia más consumida es el tabaco en un 100% de los casos, ello se debe a que necesitan activar los receptores nicotínicos por medio del tabaco (disparador de estímulo corto). La metadona recetada (93,3%) es la segunda sustancia de mayor presencialidad, lo cual es lógico al tratarse de mujeres en los PMM, que en

principio deberían de haber marcado el 100% de ellas. De forma llamativa, en este perfil, aparecen otras sustancias, que tampoco deberían haber sido consumidas, puesto que los PMM al ser programas de tratamiento los excluye, pero se entiende que las respuestas son independientes y refieren a los otros consumos, antes de entrar a los PMM o que dentro del proceso adictivo en algún momento han recibido el tratamiento. Así encontramos, con la misma frecuencia del 93,3%, c/u respectivamente, al cannabis, la heroína sola y la cocaína base; también son altos los porcentajes de alcohol (86,7%), la cocaína en polvo (80%) y heroína+cocaína (73,3%). En relación a los tranquilizantes, los recetados y no recetados representan el 60% de cada cual, la metadona no recetada (33,3%) y, con 20%, respectivamente, los opiáceos no recetados, anfetaminas y alucinógenos. Las sustancias menos incidentes en este perfil son los anestésicos –éxtasis líquido– (13,3%) e inhalables (6,7%).

En el caso de las EX las sustancias más consumidas son: tabaco con un 90,9%, alcohol con 77,3%, cannabis con 68,2%, dato que coincide con las frecuencias de la cocaína en polvo; a continuación se visualiza al 36,4% de aquellas que han consumido tranquilizantes recetados y éxtasis, c/u respectivamente; le sigue la heroína: heroína sola 27,3% y heroína+cocaína (31,8%). En relación a los tranquilizantes, los no recetados tienen prevalencia del 18,2%. Las sustancias menos incidentes son los inhalables y los anestésicos, cada cual con 9,1%.

Las NA, para cuya clasificación no se incluyó el tabaco, alcohol no problemático y tranquilizantes recetados, presentan una incidencia del 57,1% en el consumo de tabaco, seguido del alcohol 51,9% y de 8%

de tranquilizantes recetados. Existen puntuaciones en cannabis (6,6%), cocaína polvo (5,7%), cocaína base (0,9%) y éxtasis (0,5%) con frecuencias mínimas, si bien no han sido consideradas representativas ni identificadas en otros perfiles al ser consumos aislados o puntuales.

Respecto a la edad de inicio de consumo de sustancias se puede observar la siguiente tabla:

TABLA 5. EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

	MUESTRA GLOBAL	ADICTAS ACTIVAS	ADICTAS EN PMM	EX ADICTAS	NO ADICTAS
Tabaco	15,5	13,6	13,8	14,8	18,6
Alcohol	17,8	16,6	18	16,8	19,7
Cannabis	16,3	16,1	15,8	16,3	18,8
Tranquilizantes recetados	23,6	22,1	21,3	23,4	33,1
Tranquilizantes no recetados	19,7	19,2	18,2	20,8	-
Heroína sola	19,6	18,7	18,2	20,9	-
Heroína y cocaína	20,2	19,6	19	21,2	-
Metadona recetada	27,4	26,5	28	27,1	-
Metadona no recetada	23,9	22,7	23,7	24,9	-
Opiáceos no recetados	19,6	19,4	20,8	18,6	-
Cocaína base	21,7	21,2	21,5	21,8	-
Cocaína polvo	20,5	19,4	20	20,6	-
Anfetaminas	17,7	15,6	19,4	17,6	-
Éxtasis	18,9	17	21,8	18,6	-
Alucinógenos	17,6	-	18,6	17,8	-
Inhalables	15,3	-	-	16	-
Anestésicos	19,5	-	-	20,2	-

Fuente: Elaboración propia

En la muestra global observamos que las sustancias con la edad de inicio más baja son los inhalables (15,3), tabaco (15,5) y cannabis (16,3); en medio encontramos al alcohol (17,8), anfetaminas (17,7), alucinógenos (17,6), éxtasis (18,9), anestésicos (19,5), heroína sola (19,6), tranquilizantes no recetados (19,7), opiáceos no recetados (19,6), heroína+cocaína (20,2), cocaína en polvo (20,5), cocaína base (21,7); en cambio la edad media más alta corresponde a la metadona recetada (27,4), metadona no recetada (23,9) y tranquilizantes recetados (23,6). Las frecuencias por debajo de diez casos en el SPSS no lo toma en consideración para los análisis, por tanto no hay datos en algunos ítems.

Estos datos en relación a la población nacional (hombres y mujeres) –EADADES 2011 (OEDT y DGPNSD, 2013)– indican que la edad de inicio de la población reclusa es mucho menor, al menos en un año en el tabaco (16,5), cocaína en polvo (21), heroína (20,7), cocaína base (22,4); dos años menos en el cannabis (18,7), éxtasis (20,8) y de tres años o más en los inhalables (19,7), anfetaminas (20,2), alucinógenos (20,5) y los hipnosedantes 34,5. Por ejemplo, en los hipnosedantes se da catorce años más tarde en

población nacional; sin embargo, en el caso del alcohol pasa al contrario, es decir es la población nacional la que inicia antes (16,7 frente al 17,8 de la población investigada). Incidimos en que, al englobar datos sin diferenciar sexo, se prevé que los datos nacionales en relación a las mujeres reclusas son aún menores.

En cuanto a los datos del ESDIP 2006 (DGPNSD, 2007), los resultados en relación a nuestro estudio en edades de inicio más tempranos en tranquilizantes no recetados (20), metadona no recetada (24,3), éxtasis (19,7), alucinógenos (17,4); prácticamente coinciden en heroína sola (19,3), heroína+cocaína (20,6), opiáceos no recetados (19,9), cocaína base (21,3), anfetaminas (17,4), alucinógenos (17,4) e inhalables (15,6) y son superiores en cannabis (15,9) y cocaína en polvo (19,8).

Teniendo en cuenta los perfiles, en las AA las sustancias con edad de inicio más bajas son: tabaco (13,6), anfetaminas (15,6) y cannabis (16,1) y, con la edad más alta metadona recetada (26,5), metadona no recetada (22,7), tranquilizantes recetados (22,1) y tranquilizantes no recetados (19,2).

En el caso de las PMM, la edad de inicio media más baja las encontramos en el tabaco (13,8), cannabis (15,8) y alcohol (18). Similares a estas tenemos: tranquilizantes no recetados y heroína sola, ambas con 18,2. La edad de inicio más alta es para metadona recetada (28), dato lógico porque corresponde al momento del primer acceso al programa (PMM), tras una historia prolongada de consumo activo, seguida de la metadona no recetada (23,7). Este último dato puede deberse a que durante el consumo de heroína contactan inicialmente con la metadona no recetada como sustituto a la heroína, combinando ambas.

En las EX, la edad media más baja corresponde al tabaco (14,8), seguido de inhalables (16) y prácticamente con edades similares cannabis (16,3) y alcohol (16,8). La edad de inicio más alta corresponde a metadona recetada (27,1), tranquilizantes recetados (23,4), metadona no recetada (24,9), seguido de cocaína base (21,8), heroína+cocaína (21,2). En edades un poco más avanzadas se sitúan la heroína sola (20,9) y cocaína polvo (20,6).

En las NA, la edad media más baja corresponde al tabaco (18,6) y cannabis (18,8) y, por otro, la media más alta se halla en los tranquilizantes recetados (33,1) y alcohol (19,7%), siendo todas estas medias las más altas en edades de inicio que en el resto de las submuestras. A pesar de la clasificación de no adicción ha habido consumo puntuales de ciertas sustancias.

2.2. Frecuencias de consumo antes de entrar a prisión

En cuanto a las *frecuencias de consumo* tanto antes de entrar a prisión como en el último mes se han planteado cuatro opciones: probada, ocasional, semanal y a diario. Por su mayor peso en las frecuencias y definición de la adicción nos centraremos en el análisis de los consumos diarios de cada sustancia, ya que se consideran los más problemáticos.

En el caso del *consumo diario* antes de ingresar en prisión, en la muestra general, la

sustancia más consumida es el tabaco con 70,4%, seguida a distancia de la heroína+cocaína (27,7%), cocaína base (26,2%), heroína sola (25,8%), tranquilizantes recetados (23,4%), metadona recetada (23,4%), cocaína polvo (22,5%), cannabis (22,1%), tranquilizantes no recetados (13,6%) y alcohol (11,9%). Por otro, los contactos “probado”, ocasionales y semanales son bajos, destacando únicamente el periodo ocasional el alcohol (40%) y el cannabis (13,4%), cocaína en polvo (10,6%), éxtasis (8%), alucinógenos (7,1%), anfetaminas (6,9%), tranquilizantes no recetados (5%) y tabaco (5,6%) y semanal, el alcohol (8,4%) y cannabis (4,3%).

Por perfiles, el consumo diario en las AA destaca el tabaco (87,9%), heroína+cocaína (46%), cocaína base (44,6%), cocaína base (44,6%), heroína sola (43,3%), cannabis (37,7%), cocaína en polvo (37%) e hipnóticos o tranquilizantes recetados (35,3%). Los consumos ocasionales son del alcohol (39,1%), cannabis (21,5%) y cocaína en polvo (16,6%); asimismo se consume éxtasis (12,8%), alucinógenos (11,8%) y anfetaminas (11,4%). Y los consumos semanales son especialmente de alcohol (12,1%), cocaína en polvo (8,3%), cannabis (6,9%) y éxtasis (4,5%).

En las PMM, a diario, vuelve a ser el tabaco el más consumido (80%), le sigue la metadona recetada (80%), lo cual es lógico porque se encuentran en el programa con agonista, aunque teóricamente deberían responder el 100%, pero también hay que tener en cuenta al 13,3% que indica que la metadona no es recetada. Por su parte, manifiestan que igualmente consumieron: heroína sola (73,3%), heroína+cocaína (66,7%), cocaína base (53,3%), tranquilizantes recetados (46,7%), cocaína en polvo (46,7%), cannabis (40%), alcohol (40%) y tranquilizantes no recetados (26,7%). Los contactos experimentales (probada) son de los tranquilizantes no recetados (20%) y el cannabis (13,3%). Los consumos ocasionales son del alcohol (33,3%), seguidos con un 26,7% c/u, de cannabis, cocaína base y cocaína polvo, asimismo es significativo el 13,3%, c/u, de tabaco, heroína sola y éxtasis.

En las EX, el consumo diario lo lidera nuevamente el tabaco (81,8%), a gran distancia la cocaína polvo (31,8%), heroína+cocaína (27,3%) y tranquilizantes recetados (27,3%) y, finalmente con 18,2%, c/u respectivamente, cannabis y cocaína base. En cuanto al alcohol el 13,6% dicen haber probado puntualmente, el 36,4% de forma ocasional y 18,2% semanalmente. De modo ocasional consumió cannabis (27,3%), cocaína en polvo (22,7%), con 18,2% c/u anfetaminas y éxtasis, así como el 13,6% inhalables. En las frecuencias semanales destacan el alcohol (18,2%) y cocaína en polvo (13,6%).

En las NA, aparecen fundamentalmente como consumo diario únicamente dos sustancias: el tabaco (44,8%) y los tranquilizantes recetados (5,2%). En este perfil los porcentajes en general son bajos, así observamos en otras frecuencias: de forma experimental el alcohol (4,7%) y cannabis (2,8%); de manera ocasional el 42% de alcohol, 9% de tabaco, 2,4% de cannabis y 1,4% de tranquilizantes recetados y a nivel semanal destaca únicamente el 2,4% de alcohol.

2.3. Consumo en los últimos treinta días en prisión

Deteniéndonos de forma más cercana en el consumo en los últimos treinta días en prisión se hará igualmente el análisis por subgrupos y de forma independiente sustancia a sustancia al presentarse policonsumo.

En la muestra global las sustancias más consumidas son: tabaco (75,7%), tranquilizantes recetados (24,2%), cannabis (13,8%), metadona recetada (13,4%) y alcohol (11,2%). En prisión las otras drogas tienen porcentajes muy bajos, de los destacan 3% tranquilizantes no recetados, 2,6% de cocaína base, 2,4% de heroína sola, 2% de heroína+cocaína y 1,7% cocaína en polvo. No se observa el consumo de otros opiáceos no recetados, alucinógenos e inhalables.

Por su parte, la encuesta ESDIP 2011 (DGPNSD, 2011) en cuanto al tabaco señala que el 74,8% de la población en prisión la consume, siendo superior en hombres (75,6%) que en mujeres (68%), sin embargo, el resultado de la investigación revela que son muy próximos en cuanto a porcentaje global, pero inferior en siete puntos en el caso de las mujeres estudiadas. Asimismo, dicha encuesta indica otros datos en el último mes en prisión sin indicar sexo, de los que se destaca que la sustancia ilegal más consumida es el cannabis con 21,3%, seguida de tranquilizantes no recetados (4,1%), alcohol (3,8%), heroína sola (2,4%), cocaína en polvo (1,3%), cocaína base (1%), cocaína+heroína (0,8%) y metadona no recetada (0,5%). En cambio el ESDIP 2006 (DGPNSD, 2011) sí muestra el consumo por sexo, aunque no se registran datos de consumo de tabaco, pero de los que refiere en mujeres destaca nuevamente el cannabis (12,7%), tranquilizantes no recetados (6,5%), alcohol (3,4%), heroína sola (2,3%), cocaína base (4%), cocaína en polvo (1,6%), metadona no recetada (1%), cocaína+heroína (0,8%). Y, con un escaso 0,3%, cada uno respectivamente de opiáceos no recetados, anfetaminas y alucinógenos.

Comparando datos en estos trabajos penitenciarios, son muy semejantes en relación al cannabis, heroína sola, metadona no recetada, cocaína en polvo y anfetaminas; en cambio los datos de la investigación son más bajos en los tranquilizantes no recetados y, son más altos en cuanto al alcohol, heroína+cocaína y cocaína base. También cabe aclarar que las encuestas ESDIP no registran los consumos de alucinógenos y opiáceos no recetados. No obstante, en relación a la población nacional y con mujeres los datos de EDADES (OEDT y DGPNSD, 2013) es superior respecto al alcohol (51,2%, frente al 11,2%, lo cual se debe fundamentalmente al acceso y la disponibilidad a la sustancia en libertad); pero en todo el resto de las drogas los datos de las mujeres en prisión son mucho más altos. Así observamos en población nacional: tabaco 33,7%, cannabis 3,8%, tranquilizantes no recetados y recetados 9,6%, tranquilizantes no recetados 0,6%, cocaína en polvo 0,5%, éxtasis 0,2% y con 0,1% cada uno respectivamente cocaína base, anfetaminas y alucinógenos.

Volviendo a los datos de la investigación, por perfiles visualizamos: en las AA tras el tabaco (92,8%), el consumo de cannabis es muy alto (72,5%), así como tranquilizantes recetados (42%) y alcohol (24,6%). La heroína está presente de forma sola (15,9%) y mezclada con heroína+cocaína (13%). La cocaína base (15,9%), la cocaína en polvo (13%) y tranquilizantes no recetados (14,5%) son igualmente preocupantes. Llama la atención que al 11,6% que dicen estar en los “programas de mantenimiento de

metadona” (metadona recetada), sin embargo por las frecuencias de abuso paralelos de metadona sin receta (5,8%) y otras sustancias las hemos clasificados como AA. Lo que menos consumen son alucinógenos (2,9%), éxtasis (1,4%) y analgésicos (1,4%).

Las mujeres en PMM, en su totalidad (100%) consumen tabaco, al igual que se les prescribe metadona recetada. También el consumo de tranquilizantes recetados es alto (50%) y el consumo de cannabis es del 29,7%.

En las mujeres EX el tabaco lidera sus consumos en un 87,6%, seguido a gran distancia de tranquilizantes recetados con un 26,3% y de alcohol 9,3%. Hay un consumo residual de 2,1% de cannabis y 1,5% de tranquilizantes no recetados. Se presentan casos aislados de consumos puntuales de heroína sola, heroína+cocaína y cocaína base con un 1%, c/u respectivamente y, un 0,5% de anfetaminas.

Las mujeres NA fuman tabaco en un 51,7%, el 9% consumen alcohol, el 8,5% consumen tranquilizantes recetados y un escaso 0,5% cannabis.

2.4. Frecuencias de consumo de sustancias el último mes en prisión

Las frecuencias de consumo en el último mes en prisión definen que la sustancia más consumida a diario es el tabaco, en todos los grupos (67,7% muestra global, 85,5% en las AA, 90,6% en las PMM, 78,9% en las EX y un 44,5% en las NA).

Los tranquilizantes recetados ocupan el segundo lugar (20,1% muestra global, 31,9% en las AA, 45,3% en las PMM, 22,2% en las EX y 6,6% en las NA). Los tranquilizantes no recetados y como tal ya considerados consumo adictivo y no tratamiento, se observa a diario un escaso 1,3% en la muestra global, el 7,2% en las AA y, de forma ocasional, en las AA (4,3%) y en las NA (3,1%).

El cannabis a diario coincide en tercer término con un 4,1% en la muestra global, 24,6% AA y, 7,8% PMM; sin embargo, se puede observar el 6,1% de forma ocasional en la muestra global, el 30,4% en las AA y el 17,2% en las PMM.

En cuanto a la metadona, se consideran el 100% del perfil PMM, aunque reconocen el consumo recetado sólo el 90,6%, pero surge el 11,6% de mujeres que dicen estar en el programa, pero por sus otros consumos adictivos les hemos considerado como AA, lo que significa que no están cumpliendo con las exclusiones de consumo de otras sustancias que establecen estos programas. Existe un 4,3% de AA que consume a diario metadona no recetada.

El alcohol a diario es bajo en todos los perfiles, aunque destaca el 4,3% de las AA y el 3,1% de las PMM. No obstante, esta sustancia es importante en el consumo de forma ocasional: 8% en la muestra global, 15,9% en las AA, el 6,3% de las PMM, el 5,7% de las EX y el 8,1% de las NA.

Las otras sustancias de abuso a diario se observan casi exclusivamente en las AA, destacando el 7,2% de cocaína base y cocaína en polvo, c/u respectivamente; el 5,8%, c/u respectivamente, de heroína sola y heroína+cocaína. También son similares las frecuencias de las mismas sustancias de forma ocasional.

En términos generales estos datos en relación al consumo diario en otros estudios

penitenciarios encontramos que el 69,8%, sin distinción de sexo, en el consumo de tabaco, 1,1% de cocaína y 1,9% heroína (DGPNSD, 2011).

3. Conclusiones

La definición de los perfiles de adicción en las mujeres reclusas estudiadas evidencia que los problemas con las sustancias son parte de sus historias de vida y que vienen consigo a prisión, afectando a la mayor parte de la población estudiada, especialmente antes de entrar a prisión (60,6%) –reforzándose con mayor contundencia del 85,2% en las entrevistas–, distribuida en los distintos perfiles de adicción activa (AA), adictas en programas de mantenimiento de metadona (PMM) y ex adictas (EX).

Antes de entrar en prisión (último mes), según el perfil, son las PMM las que presentan un mayor consumo de todas las sustancias (excepto anestésico/éxtasis líquido e inhalables), seguidas de las AA y a gran distancia las EX. Teniendo en cuenta la sustancia, en todos los perfiles, por un lado, las drogas más consumidas son el tabaco, tranquilizantes recetados y cannabis y, por otro, en los perfiles con adicción (AA, PMM y EX) la heroína+cocaína, heroína sola, cocaína base y cocaína polvo, así como en las PMM la sustancia principal es la metadona –recetada– por prescripción médica y, en las NA, tras el tabaco, los tranquilizantes recetados.

Las frecuencias de consumo diario o problemático dependen del perfil adictivo, de la sustancia principal y los policonsumos de las mujeres, pero en todos los grupos previo a prisión, a diario el tabaco es la sustancia más consumida y, de forma ocasional o semanal, fundamentalmente, el cannabis, alcohol y cocaína. En este periodo son las AA las que mayor peso porcentual de la muestra representan (53,7%), lo cual indica un dato muy revelador de la enorme situación problemática y como factor de riesgo cara al perfil criminológico, sus características y problemas personales, familiares y sociales que desembocó en prisión.

La edad de inicio en relación a la población nacional (hombres y mujeres) indican que en la población reclusa de mujeres estudiadas de forma global y por sustancias (excepto el alcohol) es menor frente a la población nacional (EDADES), así como en encuestas penitenciarias (ESDIP) en cuanto a los tranquilizantes no recetados, metadona recetada, éxtasis y alucinógenos; sin embargo, en el resto de las drogas se aproximan y es inferior en cuanto al cannabis y cocaína en polvo. Cabe destacar que en las NA en las cuatro sustancias registradas de consumo puntual, esporádico y habitual de tabaco o fármacos recetados identificados se hallan por encima de la media frente a los otros grupos de adicción y la muestra global lo que indica una relación con la sustancia más tardía y una forma de factor de protección. Paradójicamente, en conjunto, la edad media de inicio de alcohol (muestra global es 17,8; AA 16,6; PMM 18; EX 16,8; NA 19,7) es superior en relación a la población general nacional (16,7; OEDT y DGPNSD, 2013), coincidiendo prácticamente en las AA y EX, que puede estar motivada por su baja percepción del riesgo, habiendo contestado la edad media de inicio de abuso y no de consumo. Por el contrario, en el caso del tabaco (muestra global 15,5; AA 13,6; PMM 13,8; EX 14,8; NA

18,6), cannabis, tranquilizantes, metadona, inhalables, en las mujeres investigadas, son más bajas en todos los subgrupos respecto a la población general (OEDT y DGPNSD, 2013) y próximos en el caso de la heroína y cocaína. Los contactos más tardíos se presentan en la metadona recetada y en los tranquilizantes recetados, lo cual revela el inicio en procesos de tratamiento tras un largo historial de consumo.

En prisión se produce un cambio sustancial en los perfiles cuando se define en el último mes de reclusión, llegando a situarse en el 24,7% de mujeres en procesos de adicción activa y en tratamiento (AA y PMM). Concretamente, hay un vuelco de las AA (del 53,7% al 12,8%) hacia el perfil de EX (pasando este perfil de 4,1% al 36,1%), así como se produce un incremento de las PMM (del 2,8% al 11,9%) y prácticamente las NA mantienen su abstinencia de entrada en prisión.

En la muestra global y en todos los subgrupos, en el último mes, el tabaco es la sustancia más consumida en prisión, llegando en los perfiles adictivos a situarse en el 100% en las PMM, 92% en las AA, 87% en las EX, 51,7% en las NA y 75,5% en la muestra global). En segundo lugar, también es importante el consumo de tranquilizantes recetados en todos los perfiles; cabe matizar aquellos que se consumen de forma libre, llegando a tener presencialidad recetada destacada en las NA (8,5%) y siendo más acuciante en las PMM (50%), en las AA (42%), en las EX (26,3%) y en la muestra global un 24,2%.

En cuanto a las otras sustancias ilegales, en tercer término de importancia en los tres perfiles, encontramos el cannabis en el 13,8% en la muestra global, significando el 72,5% en las AA –y la primera sustancia en este perfil–, el 29,7% en las PMM, y de forma residual y esporádico en las EX (2,1%) y NA (0,5%). Por otro, los mayores consumos se dan en las AA (alcohol, heroína sola, cocaína base, tranquilizantes no recetados, heroína y cocaína, cocaína polvo), seguidas de las PMM (como es lógico el 100% de las PMM reciben tratamiento mediante el consumo de metadona recetada –y un 11,6% de las AA–, alcohol y tranquilizantes no recetados), las EX y NA (alcohol). Las frecuencias de consumo diario coinciden, en gran medida, con este listado (tabaco, tranquilizantes recetados, cannabis y metadona recetada) y de forma ocasional y semanal tranquilizantes no recetados, cannabis y alcohol, teniendo en cuenta que difiere la sustancia principal en función del perfil identificado en cada grupo.

Con todo, a pesar de que en la prisión se mantienen muchos consumos de sustancias, a la luz de los datos expuestos, se erige en un espacio privilegiado para la intervención socioeducativa y terapéutica –cuanto menos en materia de adicción a las sustancias–. Esto puede deberse a numerosos factores, entre los que destacamos el hecho de que es un espacio cerrado donde existe una población cautiva, lo cual facilita la oferta de recursos, medios y programas, así como el acceso permanente a los mismos, tanto en procesos de prevención (de la adicción, de las recaídas y/o de educación para la salud) como en la demanda (tratamientos de reducción de riesgos y daños, comunidades terapéuticas intra y extra penitenciarias, etc.).

Referencias bibliográficas

- Añaños-Bedriñana, Fanny T. (2005). *Representaciones sociales de los jóvenes sobre las drogas y su influencia en el consumo*. Madrid: Dikynson.
- (2010). Mujeres reclusas y su relación con las drogas. Influencias desde la Educación Social. En Fanny T. Añaños (coord.). *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y de conflicto*. Barcelona: Gedisa, pp.77-100.
- DGPNSD (2007). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias – ESDIP 2006–*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/DGPNSD.
- (2011). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias –ESDIP 2011–*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad /DGPNSD.
- Rodríguez, E. y Mejías, E. (2001). Una aproximación al cambio en la representación social sobre las drogas en España. *Trastornos adictivos*, 3 (3), 35-46.
- SGIP (2013). *Programas de intervención con drogodependientes en centro penitenciarios. Memoria 2013*. Madrid SGIP / Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.
- Sierra, D. et al. (2005). Representaciones sociales en los jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 17 (4), 349-360.
- OEDT y DGPNSD (2013). *Encuesta nacional sobre alcohol y drogas en España. -EDADES 2011-*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad /DGPNSD.

¹ ESDIP: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en internados en Instituciones Penitenciarias españolas, realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) en coordinación con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) y la Secretaría General de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil de Cataluña. Se lleva a cabo cada cinco años, siendo las ediciones en 1994, 2006 y 2011.

² EDADES: Encuesta nacional Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, en población de 15 a 64 años, elaborado por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) y la DGPNSD cada dos años.

Perfiles sociodemográficos de las mujeres en las prisiones españolas

FRANCISCO JIMÉNEZ BAUTISTA

Universidad de Granada

CONCEPCIÓN YAGÜE OLMOS

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

Introducción

A lo largo de la historia han existido en todas las sociedades espacios o lugares para encerrar, aislar y/o castigar a las personas que infringen las normas o las leyes, es decir, medios de represión, contención y eliminación del delito. La evolución ha sido creciente, desde contextos disciplinarios: encierro sin justificación aparente, confinamiento de personas marginales (delincuentes, locos, enfermos, vagabundos, prostitutas, etc.) o declarados peligrosos, desde distintos prismas de tortura, castigo físico, entre otros (Foucault, 2005; Jiménez y Jiménez, 2013); dando lugar a un cuestionamiento de los mecanismos sociales y teóricos que hay detrás de los cambios masivos que se dieron en los sistemas penales occidentales durante la era moderna y que influyó en el cambio de concepción contemporánea que propone que la prisión es una forma humanitaria y universal de pena y de distintas formas de violencia (directa, estructural y cultural) (Jiménez, 2012).

Nos encontramos ante un tema y población de grandes dimensiones en distintos niveles de la sociedad y del Estado. Por otro lado, genera una enorme sensibilidad social. En este capítulo haremos un análisis más detenido, centrando los datos en una investigación realizada en España con el colectivo de las mujeres; definiremos los rasgos y perfiles característicos, las particulares formas de vida, las circunstancias personales y sociales de las mujeres presas, en el marco de la investigación sobre mujeres en prisión (Ref. EDU2009-13408).

Pretendemos, por lo tanto, realizar un estudio, análisis y diagnóstico del perfil sociodemográfico de las mujeres que viven en las prisiones españolas, que nos puede dar luz sobre las características que ayudan a entender sus vivencias, realidades y actitudes.

1. Resultados y discusión

1.1. ¿Qué edad tiene usted?

En la edad de estas mujeres dentro del Sistema Penitenciario español se puede observar una media de edad de 36,41 años, dándose una desviación típica de 9,1 lo que constituye una fuerte dispersión que va desde los 19 años a los 71 años.

El mayor porcentaje de mujeres corresponde a las de 37 años (6,9%) seguidas de 30

y 40 años (5%) y 38 años (4,1%). Después existen un gran número de mujeres que oscilan por encima del 3% de los 27 años a los 45, que sería las edades del mayor porcentaje de mujeres dentro de las cárceles españolas, resaltando los años 37, 30, 40 y 38 años, como la edad del mayor porcentaje dentro de la prisión.

Igualmente, el 50% de la población es menor de 36 años y combinando los diversos valores de los percentiles se concluye que el 90% de la población está entre 23 y 52 años, el 80% entre 25 y 49 años y el 50% entre 29 y 42 años.

Analizando el *grupo de edad*, como se observa en la **Tabla 7**, el grupo mayoritario dentro de las cárceles españolas corresponde al grupo de 36-49 años con un 45,4%.

Para los cuatro subgrupos que estamos analizando, destaca para las AA el grupo de 25-35 años con un 44,9%; para las EA corresponde el grupo de 36-49 años con un 44,3%; las NA, su grupo mayor corresponde al de 36-49 años con un 43,1% y por último, las PMM corresponden al grupo de 36-49 años con un 67,2%.

Ubicándonos bajo los rangos de edades es pertinente traer los porcentajes del estado civil de las mujeres internas ya que puede constituir un valor muy importante para saber con quién vivían antes de entrar en prisión y el número de hijos que tienen.

TABLA 7. GRUPOS DE EDAD EN LAS PRISIONES

	Casada	Pareja de hecho	Soltera	Separada/ Divorciada	Viuda
MUESTRA GLOBAL	16,5	20,5	38	19,2	5,8
ADICTA ACTIVA	13,2	26,5	42,6	16,2	1,5
ADICTA EN PMM	7,8	26,6	40,6	17,2	7,8
EX ADICTA	15,5	19,7	39,4	19,7	5,5
NO ADICTA	21,3	17,4	34,3	20,3	6,8

Fuente: Elaboración propia

1.2. Estado civil

TABLA 8. ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES

	18- 24	25- 35	36- 49	50- 65	65 +
MUESTRA GLOBAL	9,5	37,2	45,4	7,1	0,7
ADICTA ACTIVA	20,3	44,9	33,3	1,4	-
ADICTA EN PMM	1,6	26,6	67,2	4,7	-
EX ADICTA	7,3	43,5	44,6	4,1	0,5
NO ADICTA	10,5	32,1	43,5	12,4	1,4

Fuente: Elaboración propia

El porcentaje mayoritario corresponde al grupo de solteras con un 38%, seguido de parejas de hecho con un 20,5%, y de las separadas/divorciadas con un 19,2%. También es significativo el dato, con un 16,5%, de mujeres casadas.

En la actualidad destaca, con un 72,9%, el porcentaje de mujeres que tiene pareja, dato muy importante en las relaciones lo que puede suponer una mayor estabilidad para ellas.

Igualmente, destaca, con un 79,5%, el porcentaje de mujeres que tiene hijos. Estos porcentajes aumentan desde las mujeres: AA (72,5%); EX (76,3%); PMM (79,7%) y NA (84,8%), es decir, el nivel de hijos es proporcional a estar fuera del mundo de la droga.

También resalta el número mujeres que tienen dos hijos un 31,4%; el 28,4% tiene un hijo, el 18,9% tres hijos y el 9,9% cuatro hijos. Se observa perfectamente un perfil socio-demográfico del número de hijos muy parecido a la estructura social de España.

1.3. Nacionalidades de las mujeres en las cárceles españolas

En el apartado de nacionalidades es interesante destacar que el mayor porcentaje corresponde a Europa (UE) con el 76,6%. El segundo gran grupo corresponde a América Latina con un 21,7%. Los valores restantes no tienen un valor significativo ya que los dos grupos anteriores suman 98,3%.

Aunque el caso de España es mayoritario con 371 mujeres, –69% del total– los incrementos de inmigrantes desde el año 2000 pone de manifiesto otros colectivos que están presentes en nuestras cárceles, como son el caso de Colombia, República Dominicana y Rumanía con 39, 19 y 13 mujeres respectivamente.

1.4. Nivel de instrucción

Nos llama la atención que el porcentaje de internas con estudios superiores es el más bajo, con 6,9%. Esto indica que las mujeres con estudios universitarios no suelen estar dentro del sistema penitenciario al estar mejor preparadas para acceder al mundo laboral. En esta misma lógica, destaca el colectivo de mujeres con enseñanza primaria (incompleta y completa), que representa el 33,5%, seguida de la secundaria (incompleta

y completa con un 30% del total).

1.5. Grupos culturales

En este apartado queremos señalar algunos aspectos culturales que nos ayudan a entender la forma de ser de estas mujeres.

¿Cuál es su opción religiosa actual? Sobre la práctica de la religión, es muy interesante comprobar que el porcentaje de mujeres practicantes corresponde a un 61,3% del total, lo que es un porcentaje significativo. Dentro del ámbito religioso destacan las que se declaran católicas con un 62,7%, seguidas de las evangélicas con un 16,8% y las ateo/agnósticas con un 11,2%. De forma testimonial se encuentran las ortodoxas, musulmanas, protestantes y testigos de Jehová.

Otras, corresponden a budistas, hindúes y mormones, lo que crea una diversidad de creencias dentro de las cárceles. La importancia de la religión evangélica se puede atribuir al elevado porcentaje de mujeres de la etnia gitana y de América Latina.

¿Sigue usted o su familia la tradición gitana? Es interesante comprobar que un 22,3% de las mujeres son o siguen la tradición gitana.

El cruce de las variables entre tradición gitana y adicciones da los siguientes resultados: PMM 33,3%; AA 31,3%; EX 20% y NA 17,7%.

1.6. Relaciones personales antes de entrar en prisión

El porcentaje más importante de “con quién vivía” es su pareja/ marido con un 26%, que unido a la pareja/marido e hijos/as constituye otro 20,8%. En total este grupo representa el 46,8%. Es muy importante destacar que muchas (14,8%) viven con sus hijos.

Un porcentaje elevado (18,4%) corresponde a las mujeres que vivían con sus padres. Otras comparten piso, son okupas, viven en la calle o en centros protegidos/albergues, etc.; en especial, espacios marginales donde los procesos de re-inserción son muy difíciles de conseguir.

El 21,9% de estas mujeres vivía con otras dos personas; el 19,8% con tres; 16% con cuatro; 13% con cinco y el 8,7% con otra persona.

El número medio de personas que vivían en el mismo domicilio es de 3,93 con una desviación típica de 2,32. El 50% de la población convive con otras dos personas; combinando los diversos valores de los percentiles se concluye que el 90% de la población convive con entre una y ocho personas, el 80% con entre dos y siete y el 50% entre tres y cinco.

Cuando termine su condena, ¿con quién vivirá? Un 30,9% asegura que vivirá con su pareja e hijos; 16,9% son pareja/marido; 20,6% con hijos/as; 14,7% con los padres y un 4,1% con otros familiares. Llama la atención la importancia del entorno familiar pues solo un 6,5% destaca que va a vivir sola.

1.7. Principales delitos cometidos por las mujeres

Los delitos principales cometidos por estas mujeres corresponden a dos grupos: *el primero* entra dentro de la tipología denominada “contra la salud pública” con un 47,3%. Casi el 50% de dichos delitos están referidos, por tanto, al tema del tráfico de drogas; en *segundo lugar*, se relaciona con robos, hurtos y estafas 35,5%; el *tercer lugar*, corresponde a unos porcentajes bajos, entre los que destaca el homicidio y asesinato con un 5,8%; lesiones un 2,8%; atentado contra la autoridad con un 1,5%; por debajo del 1%, aparecen una gran variedad de delitos.

Cuando cruzamos la pregunta 26, para *el caso de los robos*, nos da un valor del 30,1%. Llama realmente la atención ver que los porcentajes de los subgrupos que hemos determinado en esta investigación, suele dar los siguientes valores: PMM 57,8%; EX 40,7%; AA 40,6% y NA 8,5%. Lo que lleva a concluir que el consumo de droga constituye un elemento muy importante en los robos y hurtos.

Lo mismo se puede observar con los valores encontrados en el delito *contra la salud pública*. Para el subgrupo de mujeres que están en prisión, es curioso destacar que las NA representan un valor del 65,4%, es decir, mujeres que no consumen y que, sin embargo, suelen dedicarse al tráfico de drogas. Las AA representan un 42% y las EX un 41,8% con unos porcentajes muy parecidos. Destacamos que las mujeres PMM representan para este tipo de delitos un 21,9%.

1.8. Condenas de estas mujeres

¿Está cumpliendo su primera condena? Es importante destacar el número de mujeres (29%) que no cumple su primera condena (Jiménez y Jiménez, 2013). Es interesante constatar que de los cuatro subgrupos que venimos analizando, podemos señalar que de las mujeres que no cumplen su primera condena el porcentaje mayor lo encontramos en el grupo de PMM con un 68,8%; EX, 35,1%; AA, 34,8% y NA, 9,5%.

¿A qué edad se produjo su primer ingreso en prisión? Existe un primer corte que va desde los 17 a los 21 años. Los datos más elevados se encuentran en mujeres con 18 años (8%) seguido de 17 años (7,3%); destaca 6,7% a los 21 años, 6% a los 20 años y 4,7% a los 19. La suma de los 17 a 21 años representa un 32,7% de las mujeres que entran por primera vez en prisión. En las edades comprendidas entre los 25 y 30 años, destaca el 8,7% de mujeres con 26 años, seguido 7,3% con 25 años, 6% con 28 y 29 años, 5,3% con 30 años y 4% con 27 años. La suma presenta un 37,3%.

Esas dos cohortes representan el 70% de las mujeres que van a prisión, lo que nos indica dos tiempos de las mujeres donde son más proclives a entrar en conflictos a través de los robos o delitos contra la salud pública.

El valor de la media para la población general es de 23,92. Como el 50% de la población tiene 24 años, combinando los diversos valores de los percentiles se concluye que el 90% de la población tiene entre 16 y 37,45 años; el 80% entre 17 y 30 años y el 50% entre 18,75 y 28 años.

Analizando el intervalo de confianza para la edad media del primer ingreso en prisión de la población general y para las distintas subpoblaciones consideradas que responden a

la *Pregunta 30. ¿A qué edad se produjo su primer ingreso en prisión?* El límite inferior está a 22,88 años y el superior a 24,96 años.

En la edad del primer ingreso en prisión destaca cómo las AA para el grupo de edad de 18 a 24 años el porcentaje es del 59,1%. Las EX se mueven en la franja de edad del 25 al 35 años, con un 47,8%. Las PMM tiene unos valores muy parecidos entre 18 y 24 años con un 35,7%, frente al periodo de 25-35 años que presenta unos valores de 33,3%. Destaca las NA para el periodo de años de 25 a 35 años con un 57,9%.

Lo que nos lleva a que la edad media del primer ingreso en prisión es claramente superior en la población NA, comparando con el resto. Las subpoblaciones de AA y PMM son muy parecidas en cuanto a la edad media de ingreso en prisión.

¿En cuántos Centros penitenciarios ha estado? Es importante señalar que las mujeres que han estado recluidas en un único Centro son el 15,9%; 27,2% en dos Centros penitenciarios; en tres Centros el 17,2%; en cuatro el 9,3% y en cinco el 11,9%. En total de este conjunto constituye el 91,5%.

El valor de la media de los Centros penitenciarios en que han estado es de 3,7 y una desviación típica de 2,68. El 50% de la población ha estado en tres Centros; combinando los diversos valores de los percentiles se concluye que el 90% de la población ha estado entre uno y nueve Centros; el 80% ha estado entre uno y siete y el 50% entre dos y cinco. Destaca el hecho de que las AA con un 5,26 tienen una media superior al resto de subgrupos que venimos analizando.

¿Cuánto tiempo lleva en prisión desde su último ingreso?

TABLA 9. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA A PRISIÓN DESDE SU ÚLTIMO INGRESO?

	Menos de 1 año	1-2 años	3-4 años	5-6 años	7-8 años	9-10 años	Más de 10 años
MUESTRA GLOBAL	33	31,3	20,4	6,7	3,6	2,2	2,8
ADICTA EN PMM	42,2	26,6	17,2	4,7	4,7	4,7	
ADICTA ACTIVA	23,2	24,6	27,5	11,6	4,3	1,4	7,2
EX ADICTA	32,5	27,3	21,6	8,2	4,6	3,1	2,6
NO ADICTA	33,8	38,6	17,9	4,3	1,9	1	2,4

Fuente: Elaboración propia

Destaca un período inferior a dos años con un 64,3%. Esto es solo cierto hasta el año 2010, en que la población reclusa general y las mujeres comenzaron a disminuir, lo que nos indica es una mayor renovación de la población.

Destaca, igualmente, el 20,4% de las mujeres que llevan en la cárcel de tres a cuatro años y que, sumado a lo anterior, nos da 84,7% de las mujeres llevan menos de cuatro años en la cárcel. Esto nos lleva a concluir que desde 2008 al 2011 en que se ha realizado

el cuestionario han entrado en las cárceles españolas un 85% de las mujeres que se encuentran en ellas.

Si realizamos un análisis por los subgrupos según la **Tabla 9** que venimos analizando llama la atención que en los dos últimos años se ha producido el ingreso en prisión del 72,4% de NA; 68,8% de PMM; 59,8% de EX y 47,8% de AA. Pareciera que el mundo del consumo de droga no es el que más ha incidido en la entrada en prisión de las mujeres, al observar que el 72,4% son NA, mujeres que en su mayoría (65,9%) vuelven a ser ingresadas por delitos contra la salud pública.

¿Cuánto tiempo máximo le queda de condena? El porcentaje de mujeres que en un año abandonarán la cárcel es de 27,6%; en dos años 34,4% y en menos de cuatro años saldrá el 20,4%. 82,4% de dichas mujeres abandonarán las prisiones en España, lo que puede suponer un alivio no solo para ellas sino para todo el Sistema Penitenciario.

TABLA 10. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁXIMO LE QUEDA DE CONDENAS?

	Menos de 1 año	1-2 años	3-4 años	5-6 años	7-8 años	9-10 años	Más de 10 años
MUESTRA GLOBAL	27,6	34,4	20,4	9,9	3,3	1,9	2,7
ADICTA EN PMM	28,3	40	18,3	3,3	5	5	-
ADICTA ACTIVA	37,7	24,6	13	11,6	7,2	1,4	4,3
EX ADICTA	27	32	24,7	9	2,8	2,2	2,2
NO ADICTA	24	38,5	19,6	12,3	1,7	0,6	3,4

Fuente: Elaboración propia

Según las dos últimas preguntas en los últimos cuatro años entra en prisión un 84,7% y saldrá un 82,4%. Este dato nos señala que suelen salir las mismas mujeres que entran relacionadas con *robos y hurtos*; la crisis económica puede acentuar estos datos así como los *delitos contra la salud pública* que constituye uno de los principales problemas dentro del colectivo de mujeres.

Analizados los subgrupos, se puede concretar que el colectivo que más pronto abandonará la cárcel en los próximos dos años será el de las PMM (68,3%); casi en igual valor están las AA y NA (62%) y con un 59% las EX. Lo que está sucediendo es que las internas extranjeras y primarias que asumen condenas más largas están más tiempo en prisión, pero las drogadictas, con condenas por robos más cortas, tienen más posibilidades de reincidir y esta población suele tener una presencia constante.

1.9. ¿Ha estado algún miembro de su familia u otras personas cercanas cumpliendo condena en prisión?

Este dato señala la importancia del entorno familiar y su relación con la cárcel, en este

caso el 51,4%. Es interesante constatar que el porcentaje cambia de mayor a menor, con las PMM (62,5%); las AA (61,8%); las EX (57,7%) y por último las NA (38,4%).

Del entorno familiar, la pareja constituye un 52,9% que está cumpliendo condena. El padre con un 7,4% frente a la madre que representa un 4%. El hijo un 4,4% e hija un 0,4%; en cierta medida tiene porcentajes más elevados los familiares masculinos que están en prisión. Este entorno primario constituye el 69,1 las personas del entorno familiar que están en la cárcel.

La respuesta a la pregunta: *Pareja ¿cuántas?*, es decir el número de parejas que han entrado a prisión, resulta: 69,1% una vez en prisión; 16,4% dos veces; 8,2% tres veces. Este valor de la media de parejas en prisión es de 1,58% y una desviación típica de 1,14%.

El 50% de la población ha tenido una pareja en prisión; combinando los diversos valores de los percentiles se concluye que el 90% de la población ha tenido en prisión entre una y cuatro parejas; el 80% tiene entre una y tres parejas y el 50% entre una y dos.

Existen otros miembros de la familia que suelen estar en prisión; destacan los hermanos/as (8,9%); otros familiares (tíos/as, cuñados/as, sobrinos/as) con un 7,8%; amigos/as un 3,5%, que denota que existe una importante relación con la cárcel y el entorno.

2. Conclusiones

Primera, el valor medio de edad de las mujeres es de 36,41 años, es decir, el 50% de las mujeres es menor de 36 años; combinando los diversos valores de los percentiles se puede concluir que el 90% de la población de mujeres que se encuentran en las cárceles está entre los 23 y 52 años, con una dispersión que oscila entre los 19 y los 71 años.

Segunda, el estado civil de estas mujeres es de solteras con un 38%, seguido de parejas de hecho con un 20,5% y separadas/divorciadas con un 19,2%; en total suman 77,7% de las mujeres presas. El número de mujeres casadas representan el 16,5% que lo completa el 5,8% de viudas.

Tercero, el porcentaje de mujeres que tienen hijos es del 79,5% de las presas. Ese porcentaje aumenta de forma proporcional desde la AA (72,5%) a la NA (84,5%), es decir, el número de hijos está en proporción con las mujeres que están fuera del mundo de la droga. El perfil sociodemográfico del número de hijos es muy parecido al conjunto de la sociedad española: dos hijos (31,4%); un hijo (28,4%); tres hijos (18,9%), etc.

Cuarto, en el apartado de nacionalidad, destaca un porcentaje muy elevado para las ciudadanas de la Unión Europea con un 76,6%; dentro de ellas, las españolas representan un 69% del total. El segundo grupo corresponde a las mujeres provenientes de América Latina con un 21,7%. El conjunto de esos dos grupos representa el 98,3%.

Quinta, en relación a la práctica de la religión, el porcentaje de mujeres que son practicantes de su religión se corresponden con un 61,3% del total. Dentro del ámbito de

las distintas formas de religión, destacan las mujeres que se declaran católicas con un 62,7%; las evangélicas con un 16,8% y las ateó/agnósticas con un 11,2%.

Aunque de forma testimonial hay mujeres que se declaran ortodoxas, musulmanas, protestantes y testigos de Jehová.

Sexta, es muy importante señalar que el 22,3% de las mujeres son o siguen la tradición gitana. La relación con la droga y la pertenencia a la etnia gitana es un dato relevante a tener en cuenta.

Séptima, es muy importante constar que cuando terminen su condena, estas personas declaran que van a vivir, el 30,9% con su pareja e hijos; 16,9% con pareja/marido; 20,6% con hijos/as; es decir, un 68,4% de estas mujeres volverían a un entorno familiar. Solo un 6,5% señalan su intención de vivir solas.

Octava, los delitos principales de las mujeres son los tipificados como delitos contra la salud pública con un 47,3%; estos delitos están referidos al tema del tráfico de drogas; en segundo lugar robos, hurtos y estafas con un 35,5%. En tercer lugar, con porcentajes muy bajos, homicidios, asesinatos, etc., con un 5,8%, lesiones con un 2,8%, etc.

El principal delito de las mujeres de América Latina es el tipificado como “contra la salud pública”, que según el Código Penal español vigente se relaciona con el tráfico de estupefacientes. Este tipo delictivo representa el 80,7% de los casos, lo que parece indicar que el hábito de consumo de droga no es el factor que más ha incidido en el incremento de este perfil de mujeres en las cárceles, ya que un 72,4% de ellas se encuentran en el grupo de NA, a pesar de que en su mayoría fueron encarceladas por delitos contra la salud pública.

Estos datos ponen al descubierto un fenómeno de nuevas tendencias criminológicas, casi siempre unido a la delincuencia de personas no extranjeras y quizás se deba a la disminución o incidencia del consumo de heroína dentro de la sociedad española.

Noveno, la edad del primer ingreso en prisión se produce entre los 17 a los 21 años y este segmento representa un 32,7% de todas las mujeres que están en prisión. Un segundo grupo de mujeres de edades comprendidas entre los 25 a los 30 años, suman en total un 37,3%. Es decir, esas dos cohortes representan el 70% de las mujeres encarceladas.

Décima, en un periodo de menos de dos años el número de mujeres ingresadas ha sido de un 64,3%. Añadiendo las mujeres que llevan menos de tres años, es decir, desde 2009 a 2011, sumados a los anteriores, nos dan unos porcentajes alarmantes del 84,7% de las mujeres que llevan menos de cuatro años en la cárcel. Es decir, en el periodo temporal que se corresponde con la crisis, desde el año 2008 han perdido su libertad un 85% de las mujeres que se encuentran en prisión. Teniendo en cuenta que las cifras de evolución anual no presentan una variación importante, estos datos vienen a indicar que suele ser similar el porcentaje que ingresa en prisión del que logra la excarcelación; por tanto, podemos inferir que muchas de las que acceden a su libertad, volverán a entrar en el sistema (Jiménez y Jiménez, 2013).

Realizando un análisis por los subgrupos que componen el estudio, se puede señalar que el 72,4% pertenece al grupo de NA; 68,8% al de PMM; 59,8% al de EX y 47,8% al

de AA.

Teniendo en cuenta que en España existe un contexto de situación de crisis económica, sería esperable el incremento de robos y hurtos y de delitos contra la salud pública, como medio de subsistencia. Sin embargo, las cifras desmienten esta apreciación. Desde 2011 se observa un descenso considerable de los internos extranjeros residentes en nuestro país, por la recesión o por la crisis económica, lo que indirectamente genera menos delincuencia, al ser un grupo económicamente más vulnerable. Además influyen otros factores como las recientes modificaciones del Código Penal que castiga menos el tráfico de drogas y prevé mecanismos de sustitución de la pena por expulsión, junto con el descenso de la población que se ha producido al final del fenómeno de “baby boom” que llenó las cárceles hace unos años y que hoy está agotada. Este conjunto de factores explicarían el descenso considerable de la población carcelaria en España en los últimos años.

Referencias bibliográficas

- Añaños, Fanny T. (Coord.) (2010) Mujeres presas y su relación con las drogas. Implicaciones desde la Educación Social, en Añaños, Fanny T. (Coord.), *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Gedisa, pp. 77-100.
- Azaola Garrido, Elena (2005) *Las mujeres en el sistema de justicia penal en México*.
- Del Pozo, Francisco J., Jiménez Bautista, Francisco y Turbi, Ángel M. (2013) El tratamiento con mujeres: Actuaciones socioeducativa y sociolaboral en prisiones, *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, nº 22, pp. 57-72.
- Foucault, Michel (2005) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Morata.
- Jiménez Bautista, Francisco (2012) Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad, *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, nº 58, Vol. 19, enero-abril, pp. 13-52.
- Jiménez Bautista, Francisco y Jiménez Aguilar, Francisco (2013) Foucault, cárcel y mujer: el conflicto de la reincidencia, *Revista de Humanidades*, nº 20, pp. 1-20.
- Yagüe Olmos, Concepción (2007) Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas, en *Revista Española de Investigación Criminológica*, nº 5. Recuperado en: www.criminologia.net [Consultado el 20 de noviembre de 2008].
- (2011) *Objetivos estratégicos de tratamiento penitenciario. Tema 1: las políticas de intervención*. Máster Universitario en Administración y Gestión de Centros Penitenciarios, Madrid, UNED.
- Zaffaroni, Raúl (1993) La mujer y el poder punitivo. Programa Mujer, Justicia y Género, en *Sobre patriarcas, jerarcas, patrones y otros varones*. Costa Rica: ILANUD.

Salud física y mental en mujeres reclusas en las cárceles españolas

ÁNGEL M. TURBI PINAZO

Universidad Católica de Valencia “San Vicente Martir”

JUAN JOSÉ LLOPIS LLÁCER

Unidad de Conductas Adictivas de Castellón, Generalitat Valenciana

Introducción. La importancia de la salud

Como concepto global entendemos la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, 1948:100), que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Dicha definición no ha sido modificada desde 1948, por lo que se mantiene vigente.

Teniendo en cuenta esta concepción de salud, no podemos olvidarnos de la salud mental, tal como señala la Organización Mundial de la Salud: “Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental. Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano” (World Health Organization, 2003:VIII).

Si al trastorno mental y otras enfermedades como podría ser el VIH, pueden ser motivo de exclusión-marginación le añadimos el contexto, como son los Centros penitenciarios por su potencial estigmatizador, nos encontramos con un binomio: salud-prisión en que se ha de intervenir si pretendemos una inserción-reinserción. Si a ello se incluye el género, el trinomio resultante aún es más preocupante: salud-prisión-mujer, porque gran número de las mujeres que cumplen condena en prisión han sufrido exclusión social antes de su entrada y que la propia prisión genera, dificultando su consiguiente re-inserción (Cruells e Igareda, 2005; Añaños-Bedriñana, 2012, 2013). Es más, estas mujeres son susceptibles de padecer trastorno mental u otras enfermedades físicas por lo que la exclusión puede aumentar de forma exponencial dificultando su reinserción tras su salida de prisión.

1. Salud y prisión

Partimos de la premisa de que la Institución Penitenciaria tiene asignada, entre sus competencias, velar por la vida, la integridad y la salud de los internos (GSMP¹, SESP² y

AEN³, 2012:9), desde esta concepción, consideramos que el acceso al diagnóstico y tratamiento de la población reclusa debe ser igualitario al de la población general; si bien la particularidad de la población referida y la propia institución dificulta esta tarea por varios motivos: escasa motivación a tratamiento, presencia de trastorno mental, diferentes y en ocasiones escasos recursos o no apropiados en los distintos Centros penitenciarios, entradas y salidas de la prisión, conducciones o traslados a otros Centros que dificultan la continuidad de los tratamientos, etc.

Además, la percepción que tienen los internos de su salud es valorada ligeramente por debajo que la población general; el 65,7% de los internos percibe su salud peor que cuando se encontraban en libertad (Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias –ESDIP-; DGPNSD⁴, 2011).

Dos enfermedades son importantes en el medio penitenciario por su prevalencia y la posibilidad de contagio dadas las diferentes conductas de riesgo: VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y VHC (Virus hepatitis C). Siguiendo la encuesta ESDIP (DGPNSD, 2011), los datos son preocupantes: el 76,8% de los internos se ha realizado la prueba de VIH y el 8,2% de estos dio positivo. El 96% de los consumidores de drogas vía intravenosa decidió realizarse la prueba obteniendo un 33,5% de positivos. Esta tasa es veinte veces mayor en la población reclusa, considerando que la tasa de incidencia de VIH en la población general en España es de 0,4% (CIA World Factbook, 2012).

En cuanto a la prevalencia de VHC positiva, en la población general española se sitúa entre 1-2,6%, con diferencias entre Comunidades autónomas (Xunta de Galicia, 2009). En concreto en los Centros penitenciarios españoles: el 79,7% de los internos se han realizado la prueba de VHC y de éstos el 19,6% dio positivo; el 98% de los internos/as consumidores de drogas vía intravenosa se realizó la prueba siendo un 76,0% de las mismas positivas (DGPNSD, 2011), 8 veces más que en la población general.

Esta es la realidad que nos encontramos en cuanto a la salud física de la población penitenciaria, pero si hacemos una aproximación al campo de la salud mental, los datos no son más optimistas.

En la población general española, según el estudio ESEMed en 2006 (Haro et al., 2006), prácticamente un 20% ha padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida y un 8,4% en el último año, anterior a la encuesta, incluyendo los TUS⁵. En el medio penitenciario, según el Estudio de Salud Mental en el Medio Penitenciario (DGIIPP⁶, 2006), un 13,5% de internos e internas tiene diagnóstico de trastorno mental, sin considerar el TUS. Un 24,0% presenta únicamente TUS y en un 12,1% existe comorbilidad o patología dual (presencia de TUS más otro diagnóstico de trastorno mental), si lo analizamos en porcentajes totales: el 25,6% presenta una o más psicopatologías sin adicción asociada y un 49,6% de la muestra uno o varios diagnósticos de psicopatología asociada a dependencia de sustancias. Es decir, solo el 50,4% de la población reclusa no presenta ningún diagnóstico relacionado con la salud mental.

2. Salud, mujeres y prisión

Los datos obtenidos en la investigación, en relación a la salud, en términos generales, refleja:

TABLA 11. PRESENCIA DE PATOLOGÍA FÍSICA Y PSÍQUICA SEGÚN PERFILES

	MUESTRA GLOBAL		ADICTAS ACTIVAS		EX ADICTAS		NO ADICTAS		ADICTAS EN PMM	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Padecen enfermedades físicas	33,8%	182	50,7%	35	35,6%	69	15,6%	33	70,3%	45
Padecen enfermedades psíquicas	80,9%	435	98,6%	68	86,1%	167	67,3%	142	90,6%	58

Fuente: Elaboración propia

La **Tabla 11** muestra un mayor porcentaje de patología psiquiátrica/psicológica (80,9%) frente a la patología física (33,8%). Profundizando en un análisis por perfiles de adicción, se mantienen las proporciones, las mujeres presas refieren una mayor sintomatología psicológica/psiquiátrica que física. Las AA informan de un mayor padecimiento psicológico/psiquiátrico, con un 98,6%; el perfil con un menor porcentaje es el de las NA, un 67,3%, si bien, aun siendo el más bajo de la población estudiada, es muy superior al 20% de la población española (Haro et al., 2006). A resaltar que las PMM sufren en mayor número enfermedades físicas, resaltando el VIH y VHC, que el resto de subgrupos, posiblemente por los mayores riesgos que conlleva el consumo de heroína, concretamente por la vía de consumo intravenosa.

2.1. Salud física

Estudiando la *patología física*, y en concreto, enfermedades infecciosas como el VIH, las diferentes manifestaciones de hepatitis y otras enfermedades de transmisión sexual, se han obtenido los siguientes datos:

TABLA 12. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS SEGÚN PERFILES

	MUESTRA GLOBAL		ADICTAS ACTIVAS		EX ADICTAS		NO ADICTAS		ADICTAS EN PMM	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
VIH	9,9%	53	15,9%	11	9,8%	19	0,5%	1	34,4%	22
Hepatitis B	3,2%	17	1,4%	1	3,1%	6	1,4%	3	10,9%	7
Hepatitis C	17,1%	92	29%	20	17,5%	34	1,4%	3	54,7%	35
Otras enfermedades de transmisión sexual	2,4%	13	4,3%	3	2,6%	5	-	-	7,8%	5

Fuente: Elaboración propia

Se observa mayor porcentaje de VIH en PMM (34,4%), seguidas de las AA (15,9%), EX (9,8%) y menor medidas en NA (prácticamente inexistente, 0,5%). Dato casi similar al porcentaje de prevalencia de VIH en la población general española: 0,4% (CIA World Factbook, 2012). Estos datos nos evidencian que la presencia de trastorno por consumo de sustancias, adicción, y con mayor riesgo el consumo de heroína, la vía de consumo de esta y el estilo de vida asociado (conductas sexuales de riesgo) aumenta el riesgo de contraer el VIH.

Las PMM, que por definición han sido consumidoras de heroína, presentan el porcentaje más alto de diagnóstico de hepatitis B, un 10,9% frente a EX 3,1% y AA 1,4%. Cabe destacar el dato de las PMM, al igual que ocurre con el VIH, posiblemente debido a la sustancia, la vía de consumo y estilo de vida de riesgo asociado.

Al igual que con la prevalencia de hepatitis B, siendo esta una enfermedad endémica y no asociada al consumo de drogas, tiene sus matices si se analiza por perfiles de adicción: las PMM presentan un mayor porcentaje de VHC 54,7%, al igual que en las otras enfermedades infecciosas comentadas puede estar relacionado con su declarado consumo de heroína, vía de consumo y estilo de vida asociado; además de encontrarse en la red asistencial lo que facilita el diagnóstico y tratamiento. El incremento de hepatitis B entre las AA que presentan VHC, en este caso un 29% de estas, puede deberse a razones semejantes, además señalamos que en ésta población (reclusa con problema de adicción) médicamente se realizan más pruebas de diagnóstico de hepatitis C y menos a otra población.

En cuanto a la submuestra estudiada de EX encontramos un porcentaje inferior al resto de subgrupos, excepto las NA. Es posible que estas últimas no se hayan realizado la prueba diagnóstica al no sospechar de la misma, ya que presentan una prevalencia ligeramente inferior a la de la población general española, 1,4% frente al 2-2,5%.

Destacamos la muy baja incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual en la población reclusa estudiada, muy semejante al de la población general española (Centro

Nacional de Epidemiología, 2011). Señalamos únicamente que el porcentaje de las mujeres que se encuentran en las prisiones españolas en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM), es el mayor de los encontrados; seguidas por las AA y en menor medida de las EX. Los bajos porcentajes se pueden deber a que no se realizan de forma generalizada pruebas diagnósticas. No obstante, encontramos que el mayor porcentaje recae en las PMM posiblemente por las mismas causas que en el caso de las otras patologías infecciosas (vía de consumo y estilo de vida asociado y que la circunstancia de encontrarse inmersas en la red asistencial en Programas de Mantenimiento con Metadona facilita el diagnóstico).

TABLA 13. PORCENTAJE DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE VIH, VHB, VHC Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE REFIEREN RECIBIR TRATAMIENTO SEGÚN PERFILES

	MG	AA	PMM	EX	NA
VIH	77,3%	77,8%	88,9%	62,5%	100%
Hepatitis B	37,5%	-	83,3%	16,7%	-
Hepatitis C	37,2%	18,8%	43,3%	43,3%	-
Otras enfermedades de transmisión sexual	30,8%	-	20%	60%	-

Fuente: Elaboración propia

En torno al tratamiento recibido, los resultados obtenidos son poco alentadores y satisfactorios, ya que no todas las mujeres con diagnóstico de patología orgánica susceptible de tratamiento lo reciben. Si bien confirmamos la hipótesis de que el hecho de pertenecer a un grupo considerado en riesgo (mujer, con problemática o historia adictiva y en medio penitenciario) hace que se encuentre en la red asistencial y esto facilite el diagnóstico y su tratamiento, como es el caso de las mujeres en PMM que reciben tratamiento por VIH o por hepatitis y un 20% por ETS. En las subpoblaciones de EX y AA, encontramos, tal y como aparece en la **Tabla 13**, porcentajes inferiores de inclusión o recepción a tratamiento, excepto en EX y tratamiento para ETS.

Siguiendo el análisis observamos un dato llamativo y que nos debe llevar a la reflexión en cuanto a las mujeres NA con diagnóstico de VIH, dato prácticamente sin significación ya que representa el 0,5% de este subgrupo; sin embargo, el 100% de estas mujeres reciben tratamiento por patología infecciosa (VIH, VHB, VHC y Enfermedades de Transmisión Sexual). Cuestión que no aparece en ninguno del resto de subgrupos estudiados, a pesar de encontrarse en un entorno controlado como es el penitenciario.

En cuanto al tratamiento de las ETS el mayor porcentaje lo sustenta las EX, posiblemente por el mayor nivel de conciencia de enfermedad y autocuidado.

2.2. Salud mental de las mujeres en prisiones españolas

TABLA 14. PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA SEGÚN PERFILES

	M G		AA		EX		NA		PMM	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Estado de ánimo deprimido	51,7%	278	68,1%	47	51%	99	43,6%	92	62,5%	40
Ansiedad	47%	253	63,8%	44	52,1%	101	34,6%	73	54,7%	35
Cognitivos/ demencias, (prob. de atención, memoria, concentración, etc.)	48%	258	66,7%	46	51%	99	33,6%	71	65,6%	42
Delirantes/psicosis, (alucinaciones: auditivas, visuales..., paranoias...)	11,9%	64	21,7%	15	10,3%	20	6,6%	14	23,4%	15
Trastornos del control de los impulsos, (control agresividad verbal y no verbal, enfado/ira)	10,8%	58	29%	20	9,8%	19	2,8%	6	20,3%	13
Trastornos de personalidad	10,2%	55	23,2%	16	9,3%	18	2,8%	6	23,4%	15
Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia)	21,2%	114	33,3%	23	23,3%	45	15,6%	33	20,3%	13
Trastornos de la conducta alimentaria (bulimia)	15,5%	184	30,4%	21	18,6%	36	6,6%	14	20,3%	13
Intentos de suicidio	29,6%	159	43,5%	30	37,1%	72	13,7%	29	43,8%	28
Autolesiones	27,9%	150	53,6%	37	32,5%	63	9%	19	48,4%	31
Otro diagnóstico sin definir	10,6%*	57	-		-		-		-	

Fuente: Elaboración propia

La población estudiada presenta incidencia elevada de sintomatología psiquiátrica/psicológica. No podemos hablar con rotundidad de diagnósticos psiquiátricos ya que los datos se han obtenido de las entrevistas y por lo tanto a partir de la propia percepción de la mujer reclusa. En la muestra global predominan los *trastornos del estado de ánimo* (sintomatología depresiva y ansiosa), junto a los trastornos

cognoscitivos. Estos datos y los analizados posteriormente son altamente significativos. Si hacemos una simple comparación con la presencia (prevalencia-vida) de trastornos de estado de ánimo en mujeres españolas, por ejemplo en relación al estudio ESEMed (Haro et al., 2006), donde los porcentajes oscilaban entre el 14,7% de episodio depresivo mayor al 15,85% de cualquier otro trastorno del estado de ánimo. Resultados muy inferiores frente a más de la mitad de la muestra por nosotros estudiada que presenta la misma psicopatología de tipo afectivo.

En un análisis por perfiles, vemos que el grupo de mujeres que refieren mayor sintomatología son las AA, y las PMM son las que destacan prácticamente en todos los trastornos psiquiátricos. Concretamente, más de la mitad de las reclusas AA presentan estado de ánimo deprimido, ansiedad y trastornos cognoscitivos, mientras casi la cuarta parte de ellas presentan o han presentado en algún momento de su vida sintomatología psicótica, o un diagnóstico de trastorno del control de los impulsos, trastornos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria –anorexia y bulimia–. En este grupo es importante destacar la elevada incidencia de intentos de autolisis y autolesiones y que más adelante analizaremos. Por su parte las reclusas en PMM es el segundo grupo de mujeres reclusas con mayor incidencia de psicopatologías, especialmente del tipo ánimo deprimido, ansiedad y trastornos cognoscitivos. La presencia de sintomatología psicótica y trastornos de personalidad o de conducta alimentaria es similar al grupo de mujeres con consumo en activo.

En los otros grupos, la presencia de psicopatología es menor pero no por ello despreciable. Especialmente los trastornos del estado de ánimo deprimido, ansiedad (52,1%), y de tipo cognitivo que entre las EX sobrepasa el 50% de la muestra y en las NA oscila entre el 30 y el 40% para las mismas psicopatologías. Los trastornos de personalidad tienen baja incidencia en estos dos grupos de mujeres reclusas estudiadas.

Por último, un dato alarmante que en numerosas ocasiones pasa desapercibido, es la alta prevalencia de intentos de suicidio y episodios de autolesiones, que presentan las mujeres reclusas de la muestra que hemos analizado en este estudio independientemente del perfil de adicción al que pertenezcan, si bien ha sido mayor la presencia de estas conductas entre las AA, un 43,5% autolisis 53,6% autolesiones, y entre las que se encuentran en PMM (43,8% intentos de suicidio, 48,4% autolesiones), seguidas de las EX (37,1% intentos de suicidio, 32,5% autolesiones). Entre las mujeres reclusas NA los porcentajes son menores, pero aun con esto superiores en relación a la población general (13,7% intentos de suicidio, 9% autolesiones).

2.3. Tratamiento recibido v/s presencia de psicopatología

TABLA 15: PORCENTAJE DE MUJERES CON PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO SEGÚN PERFILES Y TIPO DE TRATAMIENTO

	Sí reciben tratamiento por pro- blemas psi- quiátricos/ psicológi- cos		Autome- dicación		Tratamien- to farma- cológico		Trata- miento psicoló- gico		Otros trata- mientos	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUESTRA GLOBAL	46,7%	251	2,8%	15	40%	215	11,5%	62	5,2%	28
ADICTAS ACTIVAS	63,8%	44	10,1%	7	55,1%	38	11,6%	8	8,7%	6
ADICTAS EN PMM	75%	48	4,7%	3	60,9%	18	28,1%	18	9,4%	6
EX ADICTAS	53,1%	103	1%	2	46,4%	90	14,4%	28	5,7%	11
NO ADICTAS	26,5%	56	1,4%	3	22,7%	48	3,8%	8	2,4%	5

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la **Tabla 15**, más de la mitad de las mujeres reclusas no reciben tratamiento por la sintomatología psicológica/psiquiátrica. Si hacemos un análisis por perfiles, las mujeres PMM, son las que más atención reciben con un 75%; algo lógico ya que se encuentran bajo control y supervisión por las propias características de pertenecer a un Programa de esta tipología. Le siguen las AA y EX. Por último, la cuarta parte de las reclusas NA reciben tratamiento por psicopatología. Al respecto, podemos inferir que la presencia de problemática de consumo favorece dichos tratamientos, posiblemente, por un lado, porque es más demandado por la propia mujer reclusa y, por otro, porque la propia patología, el consumo y sus consecuencias requieren tratamiento.

En relación al tipo de tratamiento recibido, podemos decir que en la mayoría de las ocasiones es de tipo farmacológico, y en menor medida psicológico 40% frente a 11,5% en la muestra general. Proporciones aproximadas se obtienen teniendo en cuenta la muestra en el análisis por perfiles, destacando la submuestra PMM. A destacar que entre las reclusas NA cerca de una cuarta parte de ellas reciben tratamiento psicofarmacológico.

De los datos anteriores, inferimos dos ideas claras; por un lado, no todas las mujeres que padecen sintomatología psiquiátrica/psicológica reciben tratamiento, y por otro, en caso de recibirlo, mayoritariamente es farmacológico. Por nuestra parte consideramos este tratamiento como necesario pero no único, ya que favorece un mejor pronóstico la incorporación de la psicoterapia y en otras intervenciones y acciones socioeducativas.

3. Patología dual, una realidad en las mujeres del medio penitenciario español

Como se ha señalado con anterioridad, se da una gran prevalencia de sintomatología psiquiátrica en la población reclusa estudiada. Si a esta le sumamos la comorbilidad de una conducta adictiva nos encontramos con lo que se denomina *patología dual*: “Coexistencia en un mismo paciente, de un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y cualquier otro trastorno psiquiátrico asociado” (GSMP, SESP y AEN, 2006:11).

Esta realidad dificulta aún más el trabajo y por consiguiente la reinserción de la población objeto de estudio que presenta patología dual, por lo que nos enfrentamos a un nuevo reto. Para ello, tendríamos, en un primer lugar, identificar el tipo de patología dual, y por otra, cuál de los trastornos es primario o secundario (Solomon, Zimberg y Shollar, 1996), o dicho de otra forma, si el trastorno psiquiátrico es inducido o independiente (San Molina, Dueñas y Arranz, 2004). Con todo, tendríamos que iniciar un tratamiento integral, desde lo farmacológico/psicoterapéutico hasta lo socioeducativo; que pase de la multidisciplinaridad a la interdisciplinaridad y a la trasdisciplinaridad, que trascienda del reparto de responsabilidades a compartir responsabilidades, por las diferentes disciplinas, en el proceso de reinserción.

No nos olvidemos que dentro de este *maremagnum* al que tenemos que poner orden, facilitando ese proceso de reinserción, entre otros muchos aspectos importantes, hemos de tener en cuenta los *procesos de recaída* en el consumo de sustancias, ya que la presencia de patología dual aumenta la vulnerabilidad frente a la recaída, siendo ésta muy preocupante, puesto que más de la mitad de las AA, ha presentado una recaída reciente, así como la mitad de las reclusas PMM, seguido de las EX con un 27,8%. Datos que invitan a plantear otros modelos de tratamiento de tipo motivacional y de cambio de conducta (Prochascka y DiClemente, 1982; Miller y Rollinck, 1999; Llopis, 2008).

4. Conclusiones y consideraciones finales

Teniendo en cuenta que los resultados del ámbito sanitario obtenidos en nuestro estudio, nos llevan a encontrar puntos en común con otros trabajos en relación a las mujeres en prisión, como es el caso de la inespecificidad de los tratamientos en relación al género (UNAD⁷, 2006) y menos planteados para madres, así como una falta de estudios y coordinación en la red de asistencia con las prisiones (Estrategia Nacional sobre Drogas 2013-2016. DGPNSD⁸, 2013).

Hemos de ahondar en la salud dentro de las prisiones, especialmente en la salud mental, en su origen, en su relación con el consumo de drogas y por supuesto profundizar en el diseño y en las estrategias de implementación de nuevos programas de tratamiento. El crecimiento y la heterogeneidad de las personas que se encuentran cumpliendo penas de privación de libertad pone de manifiesto la necesidad de individualizar al máximo los programas y medidas penitenciarias. Es incuestionable la necesidad de disponer de herramientas eficaces específicamente diseñadas para el medio penitenciario y que mejoren así la atención integral al/la enfermo/a mental (GSMP⁹, SESP¹⁰ y AEN¹¹, 2012: 19).

A la luz de nuestros datos concluimos y proponemos:

Existe una alta prevalencia de enfermedades físicas en la muestra estudiada especialmente de tipo infeccioso, VIH y Hepatitis VHC. No es menos preocupante la salud mental en mujeres en Centros penitenciarios españoles, la prevalencia de psicopatología es todavía más elevada, el 80,9% refiere sintomatología psiquiátrica, y un 46,7% de éstas sin recibir tratamiento, siendo el recibido mayoritariamente farmacológico, en detrimento de intervenciones psicoterapéuticas o de índole socioeducativa, tan necesarias para un buen pronóstico.

En las submuestras estudiadas, con presencia de adicción, hay una mayor prevalencia de VHC al igual que ocurre con el VIH. Podemos afirmar que la presencia de la problemática de la adicción hace que en estas poblaciones, consideradas de riesgo para este tipo de patología infecciosa, el entorno penitenciario facilita el diagnóstico de las mismas.

La población reclusa estudiada en conjunto es más vulnerable a la patología mental. Esto debido a varios motivos, como puede ser su historia previa de conducta inadaptada, origen de otras patologías mentales, la posible aparición de adicción y, por otro lado, el propio entorno penitenciario (GSMP, 2006). Existe un porcentaje elevado de mujeres adictas con patología dual en la población estudiada, asimismo sabiendo que ciertos factores de exclusión (por ejemplo, el consumo de sustancias y encontrarse en medio penitenciario) dificulta la inserción, el hecho de la presencia de enfermedad mental puede conllevar a un mayor estigma social (Fundación Gizakia y Fundación Argia, 2011), por lo que es necesario el desarrollo de nuevas estrategias de intervención para este perfil aún más vulnerable.

Se necesita una mayor accesibilidad a los tratamientos, fundamentalmente a los encaminados a mejorar la salud mental de las mujeres presas, haciendo hincapié en tratamientos psicológicos y otros de índole socioeducativa.

Es de suma importancia el diseño de programas de tratamiento integral teniendo en cuenta la perspectiva de género y teniendo en especial consideración el medio penitenciario, con el fin de cumplir el objetivo de la prisión que es la **reinserción**, así como la elaboración de estrategias para su implementación y métodos de evaluación de dichos programas.

Destacamos, en términos generales que, en relación a la salud mental de las mujeres en el medio penitenciario español, presentan una merma en comparación a la población general española, y aún más, en comparación a la población reclusa general en las prisiones de España. Este estado de salud presenta un mayor deterioro si existe o ha existido presencia de trastorno por consumo de sustancias, por lo que es evidente la relación entre adicción y salud mental, es decir la existencia de patología dual.

Referencias bibliográficas

Añños-Bedriñana, Fanny (2012). Violencias y exclusiones: Enfoque socio-educativo y de la paz. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 19, 13-41.

- (2013). Formación educativa previa ante las discriminaciones: las mujeres reclusas en España. *Revista de Educación*, 360, 91-118.
- Castillo A.; Rebolida M.; Stocco P. (2007). Panorama actual de las mujeres consumidoras de sustancias en España. Una visión desde la identidad de género. IREFREA 1998-2006. En: *III Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. pp 25-37. Fundación Instituto Spiral. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Edita Agencia Antidroga Comunidad de Madrid. Dep. L. M-50821-2007.
- Centro Nacional de Epidemiología (2011). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2009*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- CIA World Factbook (2012). VIH/SIDA-tasa de incidencia en la población adulta. Gráfico Comparativo.
- Cruells, Marta e Igareda, Noelia (2005). *Mujeres, integración y prisión*. Barcelona. Aurea Editores.
- DGIIPP (2007). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario, 2006*. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Área General de Sanidad Penitenciaria.
- DGPNSD (2011). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias. ESDIP 2011*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Unidad de Sistemas de Información y Documentación.
- DPNSD (2013). *Estrategia nacional sobre drogas 2013-2016: Plan de acción sobre drogas, España 2013-2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Fundación Gizakia y Fundación Argia (2011). *Buenas prácticas para la inserción social de personas con patología dual*. Bilbao: Gobierno Vasco / Fundación Gizakia y Fundación Argia.
- GSMP, SESP y AEN (2006). *Atención primaria de la patología psiquiátrica dual en prisión. Documento de consenso N° 1*. Zaragoza: Janssen-Cilag.
- GSMP, SESP y AEN (2012). *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. Bilbao: OM Editorial.
- Haro J.M. et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMed-España. *Medicina Clínica*, 126 (12), 445-51.
- Llopis Llácer J.J. (2008). Estudio sobre las perspectivas de mejora de la asistencia a las mujeres drogodependientes con hijos en Europa. Implicaciones y consecuencias. En: *I Congreso Internacional: Acción socioeducativa en el medio penitenciario: mujeres, infancia y familia*. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Granada. 10-12 diciembre 2008. ISBN 978-84-936271-2-6
- Miller, WR. y Rollnick, S. (Comps.) (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- San Molina, L. y Dueñas R. (2004). Aspectos generales de la patología dual. *Monografías de psiquiatría*, Vol. 16, N° 4, 1-6.
- Solomon, J.; Zimberg, S. y Shollar, E. (eds.) (1996). *Diagnóstico Dual. Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas*. Barcelona, Ediciones en Neurociencias. (Original, 1993).
- Turbi Pinazo, Angel M. (2008). Cómo abordar una entrevista motivacional. En Añaños Bedriñana, F.; Del Pozo Serrano, F. y Mavrou, I. (coords.) *Educación social en el ámbito penitenciario: mujeres, infancia y familia*. Granada: Nativola.
- (2010). Programas y Terapias motivacionales en adicciones. En Iosifina Mavrou, Magdalena Jiménez Ramírez, Francisco José del Pozo Serrano, Fanny T. Añaños (Coords). *Acción socioeducativa con mujeres, salud y drogodependencias en el medio penitenciario*. Granada: Nativola.
- UNAD (2006). *Drogodependencias y prisión: Situación de las cárceles españolas. Estudio sobre la situación de las personas con problemas en prisión*. Madrid: UNAD.
- World Health Organization (1948). *Official Records of the World Health Organization, N° 2*. Proceedings and Final Acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. Geneva: World Health Organization.
- (2003). *Mental Health Legislation and Human rights*. Geneva: World Health Organization.

Xunta de Galicia, (2009). *Guía de práctica clínica. Hepatitis C*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. División de Asistencia sanitaria. Servicio Gallego de Salud.

¹ GSMP: Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión.

² SESP: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

³ AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

⁴ DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

⁵ TUS: Trastorno por uso de sustancias.

⁶ DGIIPP: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

⁷ UNAD: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente

⁸ DPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

⁹ GSMP: Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión.

¹⁰ SESP: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

¹¹ AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

II. TRAYECTORIAS ANTES DEL INGRESO A PRISIÓN Y REALIDADES EN EL INTERNAMIENTO

La infancia y la juventud de las mujeres presas, una referencia clave para la intervención socioeducativa

MIGUEL MELENDRO ESTEFANÍA

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Introducción

A finales del pasado siglo, inicios del actual, estuvo muy vigente la discusión sobre si los programas de intervención con población vulnerable deberían estar enfocados hacia la reducción de los llamados factores de riesgo o, por el contrario, convenía orientarlos hacia la potenciación de los conocidos como “factores de protección”. Como señala Tisseron (2007), la noción de factores de riesgo, que se desarrolló en los años posteriores a la segunda guerra mundial, hizo progresar considerablemente la comprensión de las dificultades personales y sociales, pero acabaría por producir sus propios efectos “no deseados”; así, la presencia de numerosos factores de riesgo en una misma situación personal, sin otro tipo de valoración o de elementos de contraste, podría hacer pensar en la imposibilidad del cambio. Como contrapartida a estos planteamientos centrados en el riesgo, se ofreció una respuesta a través de diversos modelos de intervención – compensatorio, de cambio, de factores de protección– que tomaron en consideración la necesidad de equilibrar los factores de riesgo con las potencialidades del sujeto y del medio en que se desarrolla.

En concreto, el trabajo desde el modelo centrado en los factores de protección implica la presencia de potencialidades en los sujetos y en los grupos que no solo ayudan a inhibir, reducir o atenuar la probabilidad de que se produzcan situaciones de riesgo, sino que suponen el refuerzo de determinadas competencias favorecedoras del cambio, tanto cognitivas como emocionales. Para ser considerados realmente eficaces, los factores de protección deben estar asociados a estas cuatro características: disminuir el impacto del riesgo; reducir la posibilidad de que se produzcan reacciones negativas en cadena; reforzar la autoestima y el sentimiento personal de competencia; suponer oportunidades positivas (Rutter, 1993). Bronfrenbrenner (1979) y Belsky (1980, 1993) ayudaron a sistematizar esta perspectiva, desde el modelo ecológico, estructurando el entorno de vulnerabilidad a partir tanto de factores de riesgo como de protección.

Avanzando en esta línea, mientras los factores de protección se relacionan con la neutralización del riesgo y con la inmunidad al peligro, un paso más allá se sitúan las propuestas sobre resiliencia (Cyrulnyk, 2008; Tisseron, 2007; Barudy, 2005; Henderson, 2003; Vanistandaely Lecomte, 2000). La resiliencia supondrá a la vez la capacidad de resistir una situación traumática y la de reconstruirse después de ella o, como señala Norman Garmezy, considerado uno de los “padres” de la resiliencia: supondrá el proceso, la capacidad o el resultado de una buena adaptación a pesar de las

circunstancias, los desafíos o las amenazas (Garmezy, 1993).

La aplicación de estos planteamientos nos ha servido de referencia tanto para poder estructurar los factores de riesgo y/o protección que caracterizan las infancias de las mujeres reclusas drogodependientes, como para aportar algunas propuestas de intervención desde los enfoques compensatorios y relacionados con la resiliencia. Dentro de la lógica pluralidad observada en las mujeres participantes en este estudio, hemos encontrado características que aparecen con mayor frecuencia y que nos permiten estimar las debilidades y fortalezas imperantes, a tener en cuenta en cualquier intervención integral que se plantee.

Respecto a las relaciones durante su niñez y adolescencia, las mujeres reclusas reflejan una etapa infantil dura, creciendo en entornos sociofamiliares de riesgo. La delincuencia, las drogas y la relación con la cárcel son factores muy presentes en esos entornos, que son percibidos como poco gratificantes, violentos y transmisores de unos estilos familiares generadores de conflicto y escasamente acogedores. No obstante, existen también, aunque en menor medida, experiencias infantiles positivas que se prolongarán después con la presencia del grupo familiar –especialmente madres y hermanos– como apoyo tanto durante los periodos de prisión como a la salida de ésta.

Parece significativa, por otra parte, la escasa relación con los sistemas de protección de menores de las reclusas durante su infancia, especialmente por la relevancia de los recuerdos tan negativos y la gravedad de los malos tratos sufridos por una parte significativa de ellas. Unos malos tratos que se reproducen, en un número importante de casos, por parte de las reclusas hacia sus propios hijos, y que a su vez tienen relación con los malos tratos que las propias reclusas sufren por parte de sus parejas. Ambas situaciones, eslabones que se añaden a la triste cadena del maltrato inter e intrageneracional.

1. Historias de infancia de las mujeres presas: un entorno sociofamiliar de riesgo

El entorno sociofamiliar de las mujeres de nuestro estudio se caracteriza por niveles de formación bajos, un perfil profesional de baja cualificación y remuneración ligado en ocasiones a la economía sumergida y a la actividad ilegal y, acorde con esta última apreciación, unos ingresos económicos que son en la mayoría de los casos suficientes y en bastantes de ellos elevados.

Si bien los niveles educativos parentales son por lo general bajos o muy bajos – estudios básicos, lectura, escritura y algunos casos de analfabetismo; también algún titulado superior–, en el caso de los hermanos hay una mayor presencia en formación profesional y estudios universitarios. Es significativo que un grupo amplio de mujeres desconozca la formación de sus padres, debido al escaso contacto mantenido con ellos. Acorde a este bajo nivel formativo encontramos una actividad profesional escasamente cualificada, ligada sobre todo a la construcción, la industria, la hostelería y el trabajo agrícola o a actividades más marginales como la venta ambulante, chatarra, ferias... en el caso de las madres, también las tareas de ama de casa.

El ambiente familiar es percibido por las mujeres reclusas mayoritariamente como negativo y violento, y la infancia recordada como un periodo oscuro y poco gratificante (57,1%); así se explicita no solo con el grupo familiar, sino también en las trayectorias de vida de las amistades durante la infancia y juventud. Todo ello sin olvidar que un grupo amplio de mujeres recuerda su infancia como el mejor momento de su vida (42,9%).

Así, el grupo familiar de origen se relaciona de forma importante tanto con las estancias en prisión como con el consumo de drogas. Los testimonios sobre familiares en el mundo de la droga, tanto en el tráfico como en el consumo, son generalizados, y en la inmensa mayoría de los casos se puede apreciar cómo las relaciones familiares y el consumo están directamente relacionados: o el consumo influye negativamente en estas relaciones, o unas relaciones negativas en el seno de la familia influyen en el inicio y/o el incremento del consumo. Es algo habitual en las relaciones familiares, y se vive con cierta normalidad y va unido, en muchos casos, a ingresos en prisión de diferentes miembros del grupo familiar. Algunos ejemplos que son significativos e impactantes:

“Mi hermano pequeño está teniendo problemas con la cocaína y otro hermano falleció por la droga. Toda mi familia, padre, madre, hermanos, hermanas, primos, primas, sobrinos, nietos, todos” (AA_E311).

“Mi padre tuvo problemas con el alcohol, pero hace muchos años, cuando yo tenía nueve años más o menos. Mi hermano ha probado drogas de diseño, como el éxtasis líquido. Todas mis parejas han sido toxicómanas” (EX_E213).

“Mi hermana, mi marido, un hermano. También de heroína, pero ahora están con metadona, también, están como yo” (MM_E405).

“Es que en mi casa no se podía vivir. Mi padre nos pegaba y eso nos hacía ir a consumir” (AA_E208).

Aunque en algunos casos hay una actitud de rechazo o distanciamiento hacia el consumo de drogas, estos son muy minoritarios. La presencia habitual de droga en el ambiente familiar ha influido en múltiples aspectos, como los robos y problemas con el dinero, violencia familiar, fallecimientos, ingresos en prisión, malos tratos y negligencia con los menores, separaciones, problemas físicos y de salud, aislamiento social, problemas laborales y despidos, accidentes de tráfico, etc. Situaciones extremas en muchos casos, como manifiestan algunas de las mujeres:

“Estar tirada en la calle, comer de las basuras, dormir en un portal entre cartones, perder a mi familia, entrar en una prisión, llegar a perderlo todo”; “me aleje de mi familia, le robaba a mi familia, perdí a mis hijos, perdí mi trabajo, mi vida, mis verdaderos amigos, yo creo que todo lo que se puede perder lo he perdido” (EX_E307).

Por otra parte, más de la mitad de las reclusas (50,6%) han tenido o tienen a algún miembro de su familia o personas cercanas cumpliendo condena en prisión. Los miembros de la familia que han cumplido o cumplen condena en prisión son sobre todo las parejas (52,9%) y, con una frecuencia mucho menor, los hermanos (4,4%) y el padre (3,7%). Es destacable también el hecho de que la mayoría de los familiares y allegados que han pasado o están en prisión, son varones.

La existencia de estos antecedentes familiares de ingreso en prisión es un claro factor de riesgo en relación a la comisión de nuevos delitos, ya que esa vivencia produce unos

aprendizajes y establece estilos relacionales muy determinados, a la vez que altera la consideración ética del delito y limita las posibilidades de relación social y de apoyo ante dificultades, entre otros efectos.

TABLA 16. ¿HA ESTADO O ESTÁ ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRAS PERSONAS CERCANAS CUMPLIENDO CONDENA EN PRISIÓN?

	MG		NA		EX		AA		PMM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	272	50,6%	78	37%	112	57,7%	42	60,9%	40	62,5%
No	255	47,4%	125	59,2%	81	41,8%	25	36,2%	24	37,5%
NS/NC	2	0,4%	-	-	1	0,5%	1	1,4%	-	-
Sin respuesta	9	1,7%	8	3,8%	-	-	1	1,4%	-	-
TOTAL	538	100%	211	100%	194	100%	69	100%	64	100%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la comparativa en función del grado de adicción a la droga, encontramos que únicamente las mujeres reclusas NA (37%) – en relación a las AA, las EX y las PMM– están por debajo de la media en lo que se refiere a casos con familiares próximos en prisión. Esto nos permitiría inducir que existe relación entre el consumo problemático de drogas y los antecedentes penales en familiares próximos. Esta es una información muy relevante, ya que viene a mostrar la realidad de las mujeres reclusas, imbuidas en un entorno cerrado, nocivo y que se reproduce a sí mismo. La posibilidad de modificación de su situación pasa, en este sentido, necesariamente, por una intervención contextualizada en grupos sociofamiliares concretos, o al menos que los tome como una referencia fundamental en la planificación de actuaciones.

Por otra parte, las reclusas manifiestan cómo las amistades con las que han convivido en su tránsito a la vida adulta, especialmente en su adolescencia y juventud, presentaban con frecuencia este tipo de problemas (drogas, prisión...), lo que las ha expuesto claramente a los riesgos de reproducir ese tipo de situaciones. En este sentido, parece necesario concentrar los esfuerzos tanto en intervenciones preventivas en los periodos infantiles, como en una mayor intensidad de la intervención directa sobre colectivos de riesgo en las etapas de la adolescencia tardía y la juventud.

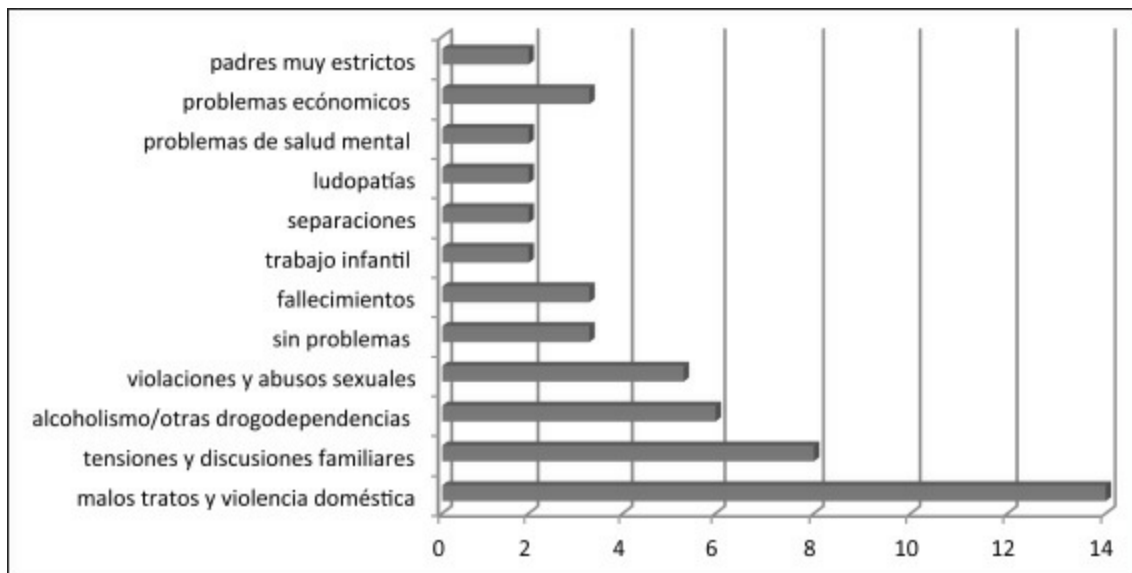
2. La percepción de su infancia por las mujeres reclusas

Como señalábamos anteriormente, el ambiente familiar es percibido mayoritariamente como negativo y violento, y la infancia valorada como un periodo oscuro y poco gratificante por las mujeres reclusas (57,1%). Los relatos de esos recuerdos negativos muestran claramente la crudeza de las infancias de estas mujeres, su dureza y la

dificultad que ha supuesto para ellas enfrentarse, con muy escasos recursos personales en la mayoría de los casos, a situaciones extremas. Respecto a los principales problemas en el núcleo familiar, el maltrato y la violencia intrafamiliar –tanto si afecta directamente a la mujer como si se refiere a otros miembros de la familia– junto al consumo de drogas ocupan el primer lugar en lo que se refiere a problemas destacados de su vivencia infantil. Las mujeres entrevistadas relatan además tensiones y discusiones en las relaciones familiares, alcoholismo –especialmente del padre– y abusos de otro tipo de drogas, violaciones y abusos sexuales, fallecimientos, explotación infantil, ludopatías, problemas de salud mental, problemas económicos... Algunos relatos muestran la dureza de las situaciones vividas.

“Mi madre decía que no valíamos para nada, que éramos solamente carne con ojos” (EX_110). “Mucha palizas de mi padre, ver como mi padre se quitaba una correa y le pegaba a mi hermano, a lo mejor por llevar las manos sucias (silencio, llora), y temblar cuando me decía: vámonos a dar una vuelta”. “Palizas van, palizas vienen, yo con ocho años iba borracha a casa, mi madre con la tabla del somier de la cama, ¿tú sabes?, me quitaba la borrachera con las palizas, iba al bingo, no nos llevaba al colegio, mil cosas...” (EX_313). “Yo casi nunca estaba en casa. Me encantaba ver a otros niños y cómo iban a sus casas. Anhelaba lo que tenían otros niños” (EX_303). “De los diez a los dieciséis años, un infierno total, muy poca atención por parte de mi madre, muy poco afecto, muy tirada, y a los dieciséis años me echó de mi casa. Cuando antes te decía que mi infancia fue difícil, todas estas carencias también me han llevado a la droga” (EX_E211).

GRÁFICO 4. PRINCIPALES PROBLEMAS FAMILIARES EN LA INFANCIA



Fuente: Elaboración propia

Hay sin embargo un grupo importante de estas mujeres (42,9%) que valora su infancia como una etapa positiva en su vida, incluso como el mejor momento de ella. Como elemento interesante de contraste, cuando se les pide a las mujeres no que valoren, sino que recuerden lo positivo y lo negativo de su infancia, encontramos que un

48,2% hace referencia a recuerdos positivos, frente al 32,1% que menciona recuerdos negativos, y un 19,6% que muestra ambivalencia en sus recuerdos sobre su infancia. De alguna manera las duras situaciones vividas pasan a segundo término, y se resaltan los aspectos positivos de aquellos años que quedan en el recuerdo.

En cuanto a los recuerdos positivos, son muy diversos y ricos, y pueden constituir una referencia importante para el diseño de intervenciones desde lo positivo y algunos de los aspectos que más valoran las mujeres entrevistadas sobre sus historias de infancia. Se menciona, entre otros muchos aspectos, a los abuelos, la relación con su madre, con sus hermanos, el colegio, los amigos, las excursiones, festividades como la de los Reyes Magos, los juguetes, los juegos, las vacaciones... Todo un repertorio amplio y diverso, que ilustran algunos de sus testimonios:

“Que tenía muchos amigos, que me compraba muchísimas cosas, muchísimos juguetes, muchísima ropa, nunca me faltaba de nada, que tenía buena comunicación con mis padres, y con mis amigos” (EX_206). “He sido una niña privilegiada, la verdad, no me ha faltado nunca de nada” (AA_108). “Mi infancia era muy bonita, mira que me sonrío la cara, aparte que me acuerdo que mi hija es igual que yo, es un bicho” (EX_106). “Yo he tenido la mejor infancia del mundo. La mejor infancia” (EX_204). “Recuerdo que mi madre me llevaba al colegio, que me escuchaba, que nos ponía mucho a cantar, no sé...” (EX_208). “Fue preciosa. Los recuerdos son preciosos, y el amor inculcado, y el respeto, y las buenas formas y la educación. Pero claro, era una niña muy rebelde” (EX_E401).

3. Historias institucionales. Menores con medidas de protección y/o medidas judiciales

Con las trayectorias reflejadas en los apartados anteriores, es obligado revisar cuál ha sido el tránsito de las mujeres reclusas de nuestro estudio por los dispositivos de protección de menores y por los recursos para la reinserción de menores con medidas judiciales.

En cuanto al primero de estos dispositivos, el porcentaje de reclusas que pasaron por Centros de protección de menores es bastante bajo, de tan solo un 11,2%, mientras que las que fueron acogidas por familias es aún más bajo (6,7%). En total un 17,9% de las mujeres que han participado en el estudio tuvieron algún tipo de medida de protección cuando eran menores, lo que contrasta con la elevada presencia de situaciones de riesgo, muchas de ellas graves, mencionadas anteriormente (57,1%).

Respecto a su tránsito por Centros de menores, en el caso de las mujeres reclusas AA casi se triplica la media (29%, sobre una media del 11,2%), mientras que en el caso de las reclusas NA el porcentaje de presencia en Centros de menores es prácticamente cuatro veces menor que la media (3,3%).

TABLA 17. ¿HA RESIDIDO EN ALGÚN CENTRO DE PROTECCIÓN DE MENORES?

	MG		NA		EX		AA		PMM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	60	11,2%	7	3,3%	21	10,8%	20	29%	12	18,8%
No	478	88,8%	204	96,7%	173	89,2%	49	71%	52	81,3%
Pérdidas	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	538	100%	211	100%	194	100%	69	100%	64	100%

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, los periodos de estancia en este tipo de recurso son muy prolongados, más de cinco años el 31,7% de los casos, y más de diez años el 11,7%. Las reclusas AA presentan los periodos más largos de internamiento (45% más de cinco años), lo que muestra su gran dependencia institucional.

Finalmente, dos tercios de las mujeres encuestadas manifiestan que su experiencia en Centros de protección de menores les ayudó “poco o nada” en su vida (66,7%). Esta tendencia sin embargo se invierte en el caso de las reclusas NA, que son las que más valoran la ayuda que supuso para su vida la estancia en Centros de protección: el 71,5% de ellas piensa que les ayudó “mucho o bastante”. En menor medida las reclusas AA señalan algo parecido: cerca de la mitad de ellas, el 45%, considera que la experiencia les ayudó en su vida, mientras que solo el 33% afirma lo contrario. Son las reclusas en programas de metadona (PMM) las más críticas con su estancia en Centros de menores, ya que la totalidad valora negativamente la experiencia.

En cuanto a la medida de acogimiento familiar, de nuevo en este caso las AA duplican la media de acogimiento familiar (13%, sobre una media del 6,7%) y las NA (4,7%) se sitúan por debajo de la media, aunque en menor medida que en el internamiento.

TABLA 18. ¿HA SIDO ACOGIDA POR OTRA FAMILIA CUANDO ERA MENOR DE EDAD?

	MG		AA		EX		NA		PMM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	36	6,7	9	13	13	6,7	10	4,7	4	6,3
No	502	93,3	60	87	181	93,3	201	95,3	60	93,7
Pérdidas	0									
TOTAL	538	100	69	100	194	100	211	100	64	100,

Fuente: Elaboración propia

Los periodos de acogimiento familiar son también prolongados (55,5% más de cuatro años, y un 33,3% más de diez años), aunque en este caso el dato es más un resultado esperado y positivo que en el caso de los internamientos. En comparación con los

periodos de internamiento, los de acogimiento son menos graduales y se concentran en los extremos, estableciéndose el mayor porcentaje en los que duran más de diez años (33,3%), prácticamente toda la historia de infancia, y los que duran menos de un año (25%). Las diferencias entre tipologías son aquí, sin embargo, menos relevantes y tanto las reclusas AA como las NA superan los cinco años de acogimiento en un 70% de los casos.

También como característica diferencial importante, la experiencia del acogimiento familiar aparece como una mejor ayuda para las vidas de las mujeres investigadas que el internamiento en Centros de menores. La valoración es positiva en todos los grupos (61%), y especialmente entre las NA, seguidas de las EX y de las AA (70%, 61,6% y 55,6% respectivamente).

En cuanto a los antecedentes de medidas judiciales de las reclusas cuando eran menores de edad, en total podemos hablar también de un porcentaje bastante reducido, un 13,4%.

Por una parte, este dato se aproxima en gran medida al porcentaje de las chicas que pasan por término medio desde el sistema de protección (11,2%) a las medidas de reinserción de menores infractores: de acuerdo con diferentes investigaciones (Graña, Garrido y González Cieza, 2007; Melendro, 2010), el porcentaje de menores que han tenido medidas de protección y medidas de reinserción se sitúa entre el 12% y el 16%.

Por otra parte, este bajo porcentaje de mujeres reclusas con antecedentes como menores infractoras apunta a que no puede establecerse una relación directa entre existencia de medidas judiciales en la minoría de edad y pena de prisión en la mayoría de edad, o lo que es lo mismo, que las menores con medidas judiciales solo en determinadas circunstancias acaban en prisión cuando son mayores de edad.

¿Cuáles pueden ser esas circunstancias? Una de ellas tiene que ver, de acuerdo con los datos obtenidos, con los problemas de adicción. Si nos referimos a las distintas tipologías relacionadas con el consumo establecidas en la investigación, vemos datos muy similares a los destacados en el caso de las medidas de protección. El porcentaje de mujeres que ha tenido medidas judiciales se incrementa notablemente cuando existe adicción activa (30,4%, más del doble de la media del 13,4%) o cuando se está en el programa de tratamiento con metadona (25%), mientras que las mujeres reclusas NA apuntan valores siete veces menores que la media (1,9%). Esto vendría a mostrar una incidencia muy importante de la adicción en la relación entre la existencia de medidas judiciales al ser menor de edad. Las mujeres reclusas PMM han tenido además las estancias más prolongadas en recursos para la reinserción de menores infractoras (un 31,3% han estado en él durante tres/cuatro años), mientras que las reclusas NA son las que reflejan las menores estancias (dos años o menos el 100% de ellas).

TABLA 19. ¿HA TENIDO MEDIDAS JUDICIALES EN ALGUNA OCASIÓN SIENDO MENOR DE EDAD?

	TOTAL		NA		EX		AA		PMM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	72	13,4%	4	1,9%	31	16%	21	30,4%	16	25%
No	465	86,4%	207	98,1%	162	83,5%	48	69,6%	48	75%
Perdidos	1	0,2%	-	-	1	0,5%	-	-	-	-
TOTAL	538	100%	211	100%	194	100%	69	100%	64	100%

Fuente: Elaboración propia

Por último, se constata el rechazo de las mujeres que han participado en el estudio a las medidas judiciales cuando eran menores de edad, así como su percepción de que estas medidas les ayudaron “nada o muy poco” en su vida (88,8%), especialmente en el caso de las NA (100%) y las que se encuentran en programas de metadona (93,8%).

4. Conclusiones

Los tres primeros objetivos de nuestra investigación pretendían avanzar en el análisis de las características –personales, sociales, familiares...– de las mujeres drogodependientes en régimen penitenciario de semilibertad participantes en los programas de tratamiento, identificar sus problemas y necesidades y, por último, estudiar los factores protectores y motivacionales que pueden influir en la deshabituación del consumo y la preparación de una vida social normalizada.

Habiendo avanzado a lo largo de este capítulo en los tres primeros objetivos, nos parece más interesante aquí avanzar algunas propuestas que ayudan a orientar la reinserción social de estas mujeres, en el sentido indicado por el tercero de los objetivos.

Una *primera propuesta* tiene que ver con la necesidad de identificar tanto los factores de riesgo presentes en sus historias de infancia –y sobre todo de adolescencia y juventud– como los factores de protección, motivantes para el cambio y la inclusión social, para poder servirnos de ellos a la hora de elaborar programas eficaces de intervención.

Una *segunda propuesta* implica la importancia de promover actividades educativas que ayuden a *deconstruir* los aprendizajes negativos en esa historia de infancia y juventud, y a reconstruirlos en función de la situación presente y futura de las reclusas. Tanto a nivel de competencias y aprendizajes instrumentales, como en relación a una educación en valores.

No podemos olvidar que hay un grupo importante de mujeres que recuerda su infancia como uno de los mejores momentos de su vida. Entre estos recuerdos positivos, muy diversos y ricos, se menciona a los abuelos, la relación con sus madres, con sus hermanos, el colegio, los amigos, las excursiones, los juegos, los juguetes, las vacaciones...

Nuestra *tercera propuesta* tiene que ver con la recuperación, desde lo emocional tanto como desde lo cognitivo e instrumental, de esos recuerdos y percepciones positivas para rehacer la autoestima dañada y las representaciones y relaciones sociales desdibujadas o, simplemente, destruidas. El análisis de sus historias de vida podría constituir, entre otras, una herramienta valiosa para ello.

Contextualizar la intervención en y con el entorno familiar y social de las reclusas, potenciando la intervención tanto durante el periodo de reclusión como posteriormente.

Así la *cuarta propuesta* se orienta a promover la participación de las figuras de identificación más positivas para las mujeres (tutores de resiliencia) en su tránsito a una vida normalizada, fuera de prisión, suponen el núcleo de una cuarta propuesta. Razonable, pero que plantea la necesidad de trabajar coordinadamente, intra y extramuros, para poder abordarla.

La *quinta propuesta* tiene que ver con la necesidad de evitar la transmisión intergeneracional del maltrato, actuando sobre las relaciones de las madres con sus hijos en prisión y de las familias con ellos fuera del entorno carcelario.

Una *sexta propuesta*, mucho más compleja por lo que supone de tarea preventiva, interinstitucional e interprofesional, tiene que ver con la necesidad de profundizar en el conocimiento de la incidencia de las medidas judiciales y de protección de menores en el posterior paso de mujeres por Centros penitenciarios, a fin de coordinar las actuaciones para reducirlo.

Implementar cada una de estas propuestas supone no solo los conocimientos y la pericia técnica necesarios para ello, sino esfuerzo conjunto, corresponsabilidad y, sobre todo, voluntad para llevarlas a cabo. Una vez iniciado el costoso y apasionante trayecto de investigación, de indagación sobre lo que está ocurriendo, por qué y con qué consecuencias, parece evidente que es imperativo continuar actuando en consecuencia, aportando a los conocimientos, el esfuerzo, la cooperación y la voluntad fundamentales para avanzar en dirección a una sociedad más justa, inclusiva y solidaria.

Referencias bibliográficas

- Añaños-Bedriñana, Fanny (Coord.) (2010). *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Gedisa
- Barudy, Jorge y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Belsky, Jay (1980). Child maltreatment an ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- (1993). Etiology of child maltreatment, a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (3), 413-434.
- Bronfenbrenner, Urie (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Madrid: Paidós.
- Cyrułnik, Boris (2008). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural del apego*. Barcelona: Gedisa.
- Fernández, Araceli; García, Nieves y Urbano, Aurora (2008). *Prisión y género. Efectos del encarcelamiento en mujeres y hombres presos y en su entorno familiar*. Bilbao.
- García-Vita, María del Mar y Melendro, Miguel (2013). El ambiente en prisión: la atención recibida por las reclusas y las relaciones intramuros. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 43-56.

- Garmezy, Norman (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Journal of Psychiatry*, 56.
- Graña, José Luis; Garrido, Vicente y González Cieza, Luis (2007). Evaluación de las características delictivas de menores infractores de la Comunidad de Madrid y su influencia en la planificación del tratamiento. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7, 7-18.
- Henderson, Edith (2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Melendro, Miguel (2010). *El tránsito a la vida adulta de los jóvenes en dificultad social*. Madrid: UNED.
- Rutter, Michael (1993). Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Tisseron, Serge (2007). *La résilience*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Vanistandael, Stefan y Lecomte, Jacques (2000). *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*. Paris: Bayard.
- Yagüe, Concepción y Cabello, María Isabel (2005). Mujeres jóvenes en prisión. *Revista de Estudios de Juventud*, 69, 30-48.

Relaciones de pareja en mujeres presas. Violencia: tipos, consecuencias y aceptación

ARACELI FERNÁNDEZ IGLESIAS

Universidad de Deusto

Introducción

El ser humano convive con la violencia, puesto que en alguna de sus representaciones se hace presente en la cotidianeidad. Hay palabras, gestos, actitudes y comportamientos que transmiten tensión, agresividad..., es decir, violencia. Estos hechos generan una pérdida del equilibrio existente en la persona a quien van dirigidos, pero lo habitual es que la intensidad del acto sea lo suficientemente leve como para que la víctima recupere, con un esfuerzo variable, su posición inicial. Hay ocasiones en que la violencia es de un grado tal que produce lesiones profundas (físicas y psíquicas) que no tienen curación o que para curarse exigen de medios y esfuerzos que no siempre se dedican a ese fin.

“Violencia” según la OMS (2002 y 2007) es: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Desde ese punto de partida centraremos el interés en la violencia de género, es decir, aquella que sufre la mujer por el hecho de serlo, con independencia de sus circunstancias y de quién sea el ejecutor de la misma. En la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* de Naciones Unidas (1994:3) puede leerse que violencia de género es “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como personal”.

Y si el enfoque de género exige un análisis específico del fenómeno de la violencia, éste se hace especialmente necesario cuando se trata de colectivos que, como en el caso de las mujeres objeto de este estudio, es de los más invisibles en nuestras sociedades tal como se afirma en “Mujeres, integración y prisión” (Cruells et al., 2005). Con demasiada frecuencia, éstas arrastran historias de vida complicadas, difíciles y se enfrentan a un necesario proceso de reinserción. Por el hecho de estar en prisión, sobre ellas recae una doble culpa porque no sólo transgredieron el orden social sino también el familiar. Son culpadas y deshonradas socialmente por abandonar su papel de madres y esposas. Romero (2003:32) mantiene: “Las mujeres que delinquen no solo dejan de ejercer actividades y de disfrutar bienes a los que tienen derecho, sino que se ven excluidas de la mayoría de las posibilidades de obtenerlos, es decir, viven en la exclusión social”.

Según Ordoñez (2006) la mujer tiene especificidades claras y definidas en relación a la

violencia; su rol le plantea una atribución de conducta, una relación de poder en inferioridad respecto al hombre; una actitud como sujeto pasivo que acepta –y en ocasiones disculpa– decisiones y comportamientos de éste, aunque impliquen agresividad y/o violencia contra ella. Además, de la faceta de víctima se derivan consecuencias graves directamente relacionadas con su forma de estar en el mundo, de percibirse a sí misma, de transmitir modelos y valores a sus vástagos y de abordar los procesos necesarios para superar límites.

La trascendencia de la vivencia de actos violentos, cuando la mujer es víctima y la violencia proviene de sus seres próximos y queridos, se plasma de manera especial en su mundo profundo; en las capas más ocultas de su conformación personal, y con gran incidencia en su comportamiento. “En la mayoría de las mujeres que son maltratadas se produce una disonancia cognitiva fruto de dos pensamientos contradictorios: por una parte, que las personas cercanas (padre, madre, hermanos, etc.) la deberían cuidar y amar; y, por otra, que si el maltrato ocurre o se repite es porque ellas lo tienen merecido. Frente a este panorama, es especialmente importante señalar que la atención psicológica sería imperativa, pero está ausente en casi todos los casos” (Fernández et al., 2009:202). Estos hechos pueden conducir a situaciones irreversibles, como ponen de manifiesto estudios en los que se concluye que la probabilidad de suicidio es cinco veces superior en mujeres maltratadas que en la población general de mujeres (Kurz y Stark, 1988).

A la argumentación anterior hay que sumar una razón objetiva y objetivable que, en sí misma, es irrefutable: la alta proporción de quienes se reconocen víctimas de violencia de género entre las mujeres que participaron en el Proyecto I+D+I “Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción” (Ref. EDU2009-13408). La prisión ofrece un “efecto lupa” que pone de manifiesto, ampliados, algunos de los problemas de la sociedad normalizada, permitiendo su observación aumentada y con nitidez. Y éste de la violencia de género, es uno de ellos. Asimismo, el rechazo directo y firme de los actos violentos, por parte de las víctimas, aparece aquí más limitado si nos servimos para determinarlo de los índices de mujeres que, aun reconociéndose maltratadas, han formulado la correspondiente denuncia contra sus parejas.

1. Resultados y discusión

La encuesta realizada a 538 mujeres en prisión incluía una serie de quince ítems encaminados a determinar la existencia de violencia de género. Cada uno de los ítems describía una tipología de comportamiento violento y las participantes podían elegir entre un total de cinco opciones que incluían el “Nunca” para descartar la situación del maltrato y, en el caso de que se diese, tres grados de intensidad, a saber: “A veces”, “Con frecuencia” y “Siempre”. Las encuestas fueron realizadas en todos los casos de forma individual, aunque en algunos fue necesaria la colaboración de personal encuestador, especialmente preparado para esta función, que suplía las deficiencias de algunas participantes en materia de lectoescritura o por dificultades con el idioma, por

tratarse de mujeres procedentes de otros países.

En la **Tabla 20** se recogen los resultados relativos al reconocimiento de episodios de violencia en seis de las tipologías planteadas. En todos los casos las proporcionalidades indicadas en la citada Tabla se refieren al total de encuestas validadas (538). Las respuestas consideradas como “Pérdidas” –que suponen entre un 10,7% y un 13,2% del total– están incluidas, pero se han obviado en este análisis porque apenas presentan oscilaciones que puedan ofrecer alguna información de interés.

TABLA 20. RECONOCIMIENTO DE EPISODIOS EN FUNCIÓN DE SU FRECUENCIA

	TOTAL EPISODIOS VIOLENTOS		A VECES		CON FRECUENCIA		SIEMPRE		NUNCA	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Mi pareja, cuando se enfada, llega a empujarme o golpearme.	25,8	139	12,6	68	2,8	15	10,4	56	62,3	335
Mi pareja, cuando se enfada, agrede animales u objetos de mi estima.	20,1	108	8,6	46	3,0	16	8,6	46	67,7	364
Mi pareja me hace sentir poca cosa y no reconoce lo que valgo.	28,6	154	11,3	61	3,5	19	13,8	74	59,7	321
Mi pareja me insulta, humilla, amenaza.	30,3	163	13,0	70	4,1	22	13,2	71	39,9	215
En ciertas ocasiones los comportamientos de mi pareja me producen miedo.	27,9	150	12,5	67	4,3	23	12,3	66	59,7	321
Mi pareja me fuerza a mantener relaciones sexuales contra mi deseo.	12,8	69	6,3	34	2,0	11	4,5	24	75,8	408
Mi pareja me obliga a mantener relaciones sexuales degradantes o humillantes.	8,9	48	3,0	16	2,0	11	3,9	21	79,4	427

Fuente: Elaboración propia

Una de cada cuatro de las mujeres encuestadas ha sufrido golpes o empujones y en 56 casos (10,4%), éstos suponían la manera habitual de relacionarse con su pareja. La proporción se incrementa al referirnos a situaciones que les resultan humillantes o que

afectan a su autovaloración, encontrando que estos hechos han sido vividos por el 30%.

Si consideramos necesaria la autodeterminación de estas mujeres para obtener éxito en la reinserción, su relación de pareja resulta un evidente factor de riesgo, lo que nos llevaría a indicar que este proceso puede fracasar si permanece esa dinámica relacional.

La proporción de maltrato y/o abusos a las mujeres participantes en este estudio es muy superior a la media existente en la sociedad española actual. La macroencuesta de violencia de género realizada por el CIS en 2011 a petición del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a una muestra representativa de mujeres mayores de dieciocho años, indica que el 10,9% admite sufrir violencia de género. Cualquiera de las tipologías de violencia descritas en la **Tabla 20** dobla, al menos, este porcentaje. Asimismo, la diferencia persiste si comparamos esta media nacional con las proporciones registradas en la **Tabla 21**. Incluso, observamos que la proporción correspondiente a la tipología NA es claramente superior.

La **Tabla 21** presenta los números absolutos correspondientes a las cuatro tipologías y el porcentaje de la incidencia de ese episodio en el conjunto de mujeres incluidas en el grupo al que se refiere. En el análisis comparativo de la Tabla, los porcentajes nos permiten la formulación de deducciones como éstas:

1. Las proporciones correspondientes a la categoría NA están, en todos los supuestos de maltrato descritos, por debajo de la media.
2. En la categoría EX encontramos la mayor proporción de episodios de maltrato, en todos los supuestos analizados.
3. En las situaciones de abuso y humillación sexual hay equilibrio de resultados en todas las tipologías, excepto en la EX, donde la proporción destaca, con porcentajes netamente superiores respecto al resto.

TABLA 21. RECONOCIMIENTO DE EPISODIOS EN FUNCIÓN DE SU FRECUENCIA Y POR TIPOLOGÍAS DE CONSUMO

	TOTAL EPISODIOS VIOLENTOS		AA		EX		NA		PMM	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Mi pareja, cuando se enfada, llega a empujarme o golpearme.	25,8	139	27,5	19	32	62	19,4	41	26,6	17
Mi pareja, cuando se enfada, agrede animales u objetos de mi estima.	20,1	108	17,4	12	23,4	47	14,6	31	28,1	18
Mi pareja me hace sentir poca cosa y no reconoce lo que valgo.	28,6	154	30,4	21	30,8	60	25,6	54	29,7	19
Mi pareja me insulta, humilla, amenaza.	30,3	163	26	18	36,6	71	25,2	53	32,9	21
En ciertas ocasiones los comportamientos de mi pareja me producen miedo.	27,9	156	28,9	20	35,6	69	21,3	45	34,5	22
Mi pareja me fuerza a mantener relaciones sexuales contra mi deseo.	12,8	69	11,5	8	16,0	31	10,4	22	12,6	8
Mi pareja me obliga a mantener relaciones sexuales degradantes o humillantes.	8,9	48	5,8	4	11,9	23	7,1	15	9,4	6

Fuente: Elaboración propia

La *primera* de estas deducciones encaja con el supuesto, defendido en la bibliografía actual, de que consumos abusivos de drogas y violencia son fenómenos que correlacionan. Blanco (2007:40) apunta que “las mujeres adictas a cualquier tipo de sustancias son más propensas a recibir malos tratos físicos y/o psicológicos. Ser mujer y además ser usuaria de drogas son los dos principales factores para encontrarse en situación de vulnerabilidad y/o violencia”. Por otra parte, encontramos que el porcentaje de mujeres maltratadas, recogido en la macroencuesta antes citada es inferior a los que se refieren a las mujeres de la tipología NA. De este dato se puede deducir una mayor

frecuencia de maltrato en mujeres en prisión, aunque éstas no presenten consumos abusivos de sustancias.

La *segunda* podría apuntar a que el reconocimiento de la situación de víctima de violencia es un fenómeno complejo, afectado por diversos factores. La mujer debe saberse víctima para reconocer el maltrato y/o abuso. Tendrá dificultades para admitirlo si considera que es causante de esa situación, que su comportamiento inadecuado, impropio y/o indigno –en su rol de mujer, pareja y/o madre– lo justifica. Aceptando que sufre esa violencia estaría asumiendo su propio incumplimiento, y eso puede suponer un dolor mayor que la propia vivencia violenta. Blanco (2007:42) indica que las mujeres maltratadas tienen en común “...una baja autoestima y una incapacidad para poner límites, con menos capacidad de autonomía y de independencia a la hora de tomar decisiones por miedo a equivocarse. En muchas ocasiones las mujeres viven sintiéndose inferiores, con un bajo nivel de autoconfianza que se ha ido minando a base de las críticas y desprecios recibidos, con un autoconcepto infravalorativo”. Así, al menos parece necesario un proceso reflexivo por parte de la mujer, con cierto grado de objetividad, para que pueda admitir su estatus de víctima de abusos y/o violencia. El hecho de que sea en el colectivo de EX donde encontremos las mayores proporciones de reconocimiento de maltrato y/o abusos podría estar indicándonos que estas personas han podido hacer una lectura crítica de su pasado que les ha posibilitado la asunción de una realidad vivida, de violencia y como víctimas. Asimismo, podríamos intuir que el fenómeno de la violencia es, tanto en la categoría AA como en la de PMM, mayor de lo que las cifras indican.

La *tercera* ahondaría en la justificación manejada para la segunda, añadiendo que el reconocimiento por parte de la víctima –respecto a los abusos y humillaciones sexuales, por su alto contenido destructivo y doloroso– hace necesario un grado mayor de reflexión y autoaceptación, que quizá haya adquirido aquella mujer que ha llegado a tomar una decisión respecto a su adicción y/o respecto a su futuro. Y son quienes están incluidas en la categoría EX las que, en mayor medida, han podido formar parte de procesos terapéuticos encaminados a alcanzar esos objetivos. Por su parte, el equilibrio de cifras entre mujeres consumidoras y no consumidoras podría estar justificado, en alguna medida, por un proceso reflexivo o un análisis de vida y comportamiento, menos frecuente en estas categorías que en la anterior (EX).

1.1. Relación entre denuncias y maltrato/abusos

La formulación de denuncia legal por vivencia de maltrato implica el más alto grado de reconocimiento de la misma. La situación de víctima tiende a permanecer oculta por lo que resultaba de interés establecer, entre las mujeres objeto del presente estudio, la proporción de denuncias por maltrato. Así, se articularon los ítems necesarios para determinar si, en algún momento de su vida, habían formalizado denuncias por maltrato, y quién había sido víctima de él. El 31% aseguraron que lo habían hecho, y en 147 casos fue por actos violentos hacia ella, lo que nos permitiría incluir a éstas en la categoría de violencia de género. Aparecen los hijos como víctimas causantes de la denuncia en una

proporción que ronda el 2%. Por tipologías, también encontramos en la categoría EX la mayor proporción de denuncias, en coherencia con la mayor proporción de episodios violentos reconocidos en los ítems anteriores.

TABLA 22. DENUNCIAS POR MALTRATO PRESENTADAS EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA

	TOTAL DENUNCIAS		AA		EX		NA		PMM	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Sí	31,0	167	29,0	20	41,2	80	21,8	21	32,8	21
No	67,3	362	71,0	49	56,7	110	76,8	41	64,1	41
NS/NC	1,7	9	-	-	2,1	4	1,4	3	3,1	2

Fuente: Elaboración propia

TABLA 23. ¿HACIA QUIÉN ERAN LOS MALOS TRATOS?

	TOTAL DENUNCIAS		AA		EX		NA		PMM	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Usted	27,3	147	29,0	20	35,6	69	18,0	38	31,3	20
Sus hijos	1,9	10	-	-	3,1	6	1,4	3	1,6	1
Otro miembro de su familia	1,9	10	-	-	2,6	5	2,4	5	-	-

Fuente: Elaboración propia

En la explotación de los datos recogidos en la encuesta, se cruzaron las respuestas que indicaban vivencia de maltrato con la existencia –o no– de denuncia por violencia hacia la propia mujer. Eso ha permitido conocer cuántas de las mujeres que reconocen vivencias de maltrato y/o abuso, han formulado denuncia en alguna ocasión. El resultado está recogido en la **Tabla 24**, y nos indica que un 43,9% de las mujeres que sufrieron golpes o empujones habían puesto alguna denuncia por violencia hacia ellas; que entre quienes padecieron insultos, humillaciones o amenazas hay un 41,7%; y que un 43,5% de aquellas a quienes su pareja hacía sentir poca cosa o no reconocía lo que valía también habían formulado denuncia en alguna ocasión. Asimismo, son quienes reconocieron abusos y violencia sexual las que, en mayor proporción, han formulado denuncia por violencia hacia ellas.

TABLA 24. DENUNCIAS EFECTUADAS, EN FUNCIÓN DE LOS EPISODIOS DE VIOLENCIA Y

ABUSOS RECONOCIDOS

	RELATO EPISODIOS	DENUNCIA MALTRATO	
	N	N	%
Mi pareja, cuando se enfada, llega a empujarme o golpearme.	139	61	43,9
Mi pareja, cuando se enfada, agrede animales u objetos de mi estima.	108	51	47,2
Mi pareja me hace sentir poca cosa y no reconoce lo que valgo.	154	67	43,5
Mi pareja me insulta, humilla, amenaza.	163	68	41,7
En ciertas ocasiones los comportamientos de mi pareja me producen miedo.	156	67	42,9
Mi pareja me fuerza a mantener relaciones sexuales contra mi deseo.	69	40	58,0
Mi pareja me obliga a mantener relaciones sexuales degradantes o humillantes.	48	29	60,4

Fuente: Elaboración propia

Hay tipos de violencia que generan una mayor proporción de denuncias que otros, y es la violencia en las relaciones sexuales la que provoca más denuncias. Estos datos también podrían interpretarse como si existiese una escala en la violencia, de manera que la capacidad de aguantar los episodios iría disminuyendo según se sube un peldaño. Así, en función de la menor proporción de denuncias, estableceríamos:

1. (41,7%) Mi pareja me insulta, humilla, amenaza.
2. (42,9%) En ciertas ocasiones los comportamientos de mi pareja me producen miedo.
3. (43,5%) Mi pareja me hace sentir poca cosa y no reconoce lo que valgo.
4. (43,9%) Mi pareja, cuando se enfada, llega a empujarme o golpearme.
5. (47,2%) Mi pareja, cuando se enfada, agrede animales u objetos de mi estima.
6. (58,0%) Mi pareja me fuerza a mantener relaciones sexuales contra mi deseo.
7. (60,4%) Mi pareja me obliga a mantener relaciones sexuales degradantes o humillantes.

Asimismo, la proporción de denuncias crece a la vez que la frecuencia de los

episodios violentos. Por ejemplo, entre quienes reconocen que su pareja, cuando se enfada, llega a golpearla o empujarla “A veces”, hay un 30,9% de las mujeres que formularon denuncia por maltrato. Y ese porcentaje sube hasta el 55,4% cuando esos episodios se producen “Siempre”.

Por otra parte, hay un dato que nos lleva a inducir la hipótesis de que los episodios violentos descritos no se producen de manera aislada, sino en un contexto que incluye a varios de ellos y que la dimensión del fenómeno es superior a lo que hemos apuntado. Enfoquemos la proporción de mujeres que “Nunca” han vivido el episodio descrito y la existencia de denuncia por maltrato: encontramos que entre un 20 y un 30% de las mujeres que aseguran no haber vivido esa situación afirman que han puesto denuncias por maltrato. Luego el hecho violento que les ha llevado a formalizar la denuncia ha sido algún otro, y la proporción de mujeres afectadas por vivencias de episodios violentos se incrementaría en el porcentaje citado. Así, en el supuesto de “Mi pareja, cuando se enfada, llega a empujarme o golpearme” tenemos un 25,8% de mujeres que se reconocen víctimas de ese tipo de violencia. Pero, entre aquellas mujeres que “Nunca” lo han vivido, hay 18,2% que ha formalizado denuncia por maltrato hacia ella. En consecuencia, se puede afirmar que, en este caso concreto, un 44% de las 538 mujeres reconoció existencia de maltrato.

La sola visión de las cifras resulta inquietante, pero es necesario vincularlas con la realidad que representan. Detrás de cada reconocimiento de un maltrato hay sufrimiento y, para ilustrarlo, trasladamos aquí un testimonio de los recogidos en el apartado cualitativo del Proyecto de Investigación arriba citado.

Se trata de una mujer de la tipología ex adicta (EX) y, en este corte de la grabación muestra casi un “catálogo” de malos tratos, tanto físicos como psicológicos.

“Al principio la relación era buena, lo que pasa es que al casarme y tener la niña cambió muchísimo. Me empezaba a insultar, no me dejaba ni ir a estudiar... No me dejaba hacer nada. Si tardaba en ir a comprar que con quién había hablado, que había tardado mucho, que era una puta, que si tal, que si cual... Y me miraba el móvil, empezaba a registrar toda la casa... No sé... No quiero yo ya...” (EX_E409).

¿Te maltrataba físicamente?

“Tengo el tabique partido por un puñetazo que me dio él. Y psicológicamente demasiado. Está bien, por una parte, que haya entrado en la cárcel para alejarme de él, porque no lo hubiera conseguido. Aquí lo he conseguido. Solo falta que mi abogado mande el número para el divorcio, porque ya lo he pedido” (EX_E409).

¿Tiene miedo a encontrarse con él?

“Sí. Me asusta porque no sé. Porque ya recibí una carta el otro día. Porque le mandé una carta para que se enterara antes de que se lo dijera el abogado, de que había pedido un abogado de oficio para divorciarme. Y me mandó una carta que no me gustó nada. Pero bueno, lo que tenga que ser será. Yo no voy a echarme para atrás. No quiero estar con ese hombre y ya está” (EX_E409).

Esta reflexión habla por sí sola. Hay una primera parte en la que describe un proceso

destrutivo que ha acompañado a esta mujer –y puede que dirigido– en el tránsito de su camino hacia la cárcel. En la segunda transmite un esfuerzo personal de recuperación; una capacidad de resiliencia que debería ponerse en valor al máximo para pilotar el proceso de reinserción de esta persona. Finalmente, evidencia un factor de riesgo demasiado influyente para su futuro, como es la pareja de la mujer presa.

2. Conclusiones

El cumplimiento de la condena supone a la mujer un elevado coste personal y social que, en ocasiones, puede determinar su exclusión social. Por otra parte, la violencia proveniente de los seres queridos tiene efectos negativos en aspectos cruciales para el desarrollo personal, la autoestima y la regulación emocional. Los datos indican que la violencia de género afecta a las mujeres que se encuentran en prisión en un grado muy superior a la media. Esos actos violentos pueden ser causa y/o efecto de la trasgresión social que supone la comisión del delito pero, en cualquier caso, podemos afirmar que se trata de un claro e importante factor de riesgo en el proceso de reinserción que debe dirigir cualquier actuación de las instituciones penitenciarias.

El Programa de Acciones para la Igualdad entre Hombres y Mujeres en el ámbito Penitenciario incluye planes para favorecer la erradicación de la violencia de género y paliar sus consecuencias. Estos planes incorporan tres acciones específicas para “Disminuir la vulnerabilidad de la mujer reclusa, en general, a sufrir situaciones de violencia y/o dependencia”, y cuatro más que completan los “Programas específicos para mujeres con un historial de violencia de género”.

La intervención es necesaria, tanto desde un planteamiento ético como funcional. La sociedad tiene una deuda con muchas de estas mujeres, en cuya historia vital hay cierto determinismo; un grado de lo que podríamos llamar predestinación. Además de su situación de víctimas de violencia tienen que superar su proceso de reinserción en condiciones de inferioridad respecto al hombre, porque las estructuras físicas y organizativas de prisión están pensadas para ellos. Tal y como apunta la “criminología crítica” y la “criminología de género”, el análisis de las características y particularidades de las prisiones femeninas desde una perspectiva de género hacen visibles las problemáticas de las cárceles femeninas, y demuestran que la política penitenciaria que se está aplicando en estas instituciones es marcadamente sexista y discriminatoria hacia las mujeres (Yagüe, 2006).

Las mujeres en prisión deberán enfrentarse a un futuro impreciso, hasta el extremo de que, en muchas ocasiones, fuera ya no tienen un lugar al que volver. Y, a muchas de ellas, se les ha hecho creer que nada tienen porque nada merecen. Además, desde el punto de vista funcional sería un error desaprovechar la oportunidad que la cárcel ofrece para proporcionar a estas personas las herramientas necesarias para su propia reconstrucción. Sólo si se satisface esa necesidad, desde el respeto y la puesta en valor de la autonomía personal, el proceso de reinserción podrá ser un éxito.

La incorporación al mundo exterior, una vez superado el periodo de cumplimiento de

condena, es lo suficientemente compleja como para que se aborde en las mejores condiciones. Sin embargo: “La próxima ex presa no está preparada para salir a la vida en ‘libertad’. Ella sale de unas experiencias de contención y de represión exacerbadas, sin capacidad de decisión, sin dinero, sin documentos, sin trabajo y, en algunas ocasiones, sin residencia. Además, es recibida por la sociedad con desconfianza y aprehensión. Ella es abandonada a las otras formas de exclusión que la acompañaban desde antes de entrar a la prisión, más el estigma criminal que la acompañará por el resto de la vida” (Ordoñez, 2006, 187).

Y la pareja de la mujer en prisión, en muchos casos, no actúa acompañando para la superación de las dificultades, sino que es un importante factor de riesgo del proceso de reinserción, lo que hace necesario tenerlo en cuenta.

Referencias bibliográficas

- Blanco, Pilar (2007). Perfil psicopatológico. Psico y socioterapia de la mujer adulta maltratada. En *Resúmenes de ponencias y comunicaciones. III Symposium nacional de adicción en la mujer* (pp. 39 a 53). Madrid. Fundación Instituto Spiral.
- CIS (2011). Violencia de género. Estudio 2.858.
- Cruells, Marta e Igareda, Noelia (eds.). (2005) *Mujeres, integración y prisión*, Barcelona: Aurea.
- Cruells Marta; Torrens, Miriam e Igareda Noelia (eds.). (2005). *Estudio, análisis e intervención sobre las violencias contra las mujeres presas y ex-presas*. [versión electrónica]. Barcelona: SURT. Recuperado el 27 de octubre de 2013 de: http://surt.org/cast/recerca1_pro1.html
- Fernández, Araceli; García, Nieves; Urbano, Aurora y Arostegui, Elisabet (2014). *Prisión y género: Efectos del encarcelamiento en mujeres y hombres presos y en su entorno familiar* : Bilbao. Asociación Zubiko.
- Instituto de la Mujer. (ed.) (2013). *Macroencuesta de violencia contra las mujeres*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Kurz i Stark (1988). Citado en *La violència domèstica. Informe sobre els maltractaments a dones a España*. Fundació La Caixa. (pp 106-107).
- OMS.
- ONU (1993). *Declaración sobre la eliminación de violencia contra la mujer*. Resolución 48/104, 7. [versión electrónica] Recuperado el 10 de setiembre de 2013 de: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>
- Ordóñez, Laura (2007). Mujeres encarceladas: proceso de encarcelamiento en la penitenciaría femenina de Brasilia. *Universitas Humanística, Pontificia Universidad Javeriana*, 61. 183-199
- Romero, Martha (2003). ¿Por qué delinquen las mujeres? Parte II. Vertientes analíticas desde una perspectiva de género. *Salud Mental*, vol. 26, nº 1, pp. 32-41, [versión electrónica] Recuperado el 12 de setiembre de 2013 de: <http://www.inprf-cd.org.mx>
- Secretaría General Técnica (Ed.) (2013). *Programa de acciones para la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito penitenciario*. [versión electrónica]. Madrid: Ministerio del Interior.
- Yagüe, Concepción (2006). Las mujeres encarceladas. En: Susinos, T. (coord.), *Mujeres en la periferia*. Barcelona: Icaria (pp. 121-146).

¿Qué sucede con la familia y los vínculos sociales de las mujeres cuando son condenadas a prisión?

MARÍA DEL MAR GARCÍA-VITA
Universidad del Norte, Colombia

Introducción. La adaptación al medio penitenciario

La vida en prisión nunca es descrita como una etapa agradable. La literatura y testimonios que se publican sobre las personas condenadas a prisión se centran en resaltar lo cruel y difícil de adaptarse a la cárcel y vivir sin libertad. Son escasos los relatos que reflejan un atisbo de luz en ese mundo de oscuridad. Los principales estudios sobre mujeres en prisión van en la línea de subrayar la soledad, la desvinculación del mundo normalizado, de la familia, el proceso de marginalización y estigmatización al que se someten y, en general, las condiciones de carencias que se reproducen en la vida en prisión.¹

Cierto es que estar desprovisto de libertad y sujeto a un espacio cerrado y unas normas es causante de un proceso de des-identidad que inevitablemente desemboca en la institucionalización de la persona. Cuando alguien es condenado a prisión y su vida pasa a depender del sistema pierde gran parte de su presencia en la sociedad y en su familia y ve mermada su capacidad de decisión y de autogestionarse. El cómo se lleve el proceso de adaptación a este nuevo entorno se convierte en un elemento clave que determinará el transcurso de su estancia en Centros penitenciarios y su bienestar durante ese periodo y su reinserción (Goffman, 1987; Crewe, 2009; Van Tongeren y Klebe, 2010).

La prisión no puede consistir exclusivamente en un castigo cuando el verdadero fin, según la ley (Constitución Española, 1978), es la rehabilitación (Añaños-Bedriñana, Fernández-Sánchez y Llopis, 2013). Si hablamos de esta función rehabilitadora de la prisión, el ajuste del penado a prisión debe pasar a ocupar un puesto prioritario en las preocupaciones del sistema penitenciario y, dentro de ello, la socialización y las redes familiares y personales son un elemento fundamental al igual que la participación en las actividades del Centro, la convivencia ordenada y la asimilación de manera temporal de la subcultura carcelaria (Van Tongeren y Klebe, 2010). Además son diversos los autores que focalizan en este factor adaptativo gran parte del posible éxito de la posterior vuelta a la vida en libertad (Dhami, Ayton y Loewenstein, 2007; Van Tongeren y Klebe, 2010).

1. El valor de la familia y las redes sociales de las mujeres reclusas. Obligatoriedad de atender las necesidades de socialización

Entendiendo la adaptación a prisión como un proceso clave para la posterior reinserción social del sujeto, dentro de los parámetros que se valoran para considerar ese

proceso como algo óptimo están el comportamiento dentro de prisión, la participación en las actividades del Centro o no cumplir las normas y, otros que tienen que ver con las relaciones de los internos con las personas del exterior y el apoyo que reciben. Sin embargo, hay un faceta que creemos esencial y no ha tenido presencia en estos estudios que es la socialización intramuros y las redes personales nuevas que se construyen, más allá del recluso como sujeto individual, observándolo como un tipo concreto de organización social y vida cotidiana en la cárcel (idea apoyada por estudiosos como Kruttschinn y Gartner, 2003; Bond, Thompson y Malloy, 2005; Crewe, 2009).

En general, los trabajos sobre las personas que se encuentran reclusas en prisión resaltan la importancia de la familia y los lazos con el exterior y las dificultades que encuentran para mantener su presencia en las redes sociales y familiares (García-Vita y Añaños-Bedriñana, 2012). Muchos de ellos además enfatizan sobre los problemas añadidos que padecen las mujeres presas (Rivera, 1994; Ayuso, 2003; Almeda, 2005; SURT, 2005; Igareda, 2007; La Vigne, Nasser, Brooks y Castro, 2005; Christina y Kennedy, 2011), más aún, cuando hablamos de mujeres que son madres. Como bien resaltan la asociación SURT (2005) en su trabajo MIP para la Comisión Europea, en todos los informes de los distintos países se hizo gran hincapié en las pérdidas y las rupturas provocadas por la separación de los hijos como una de las razones principales del sufrimiento de las mujeres reclusas. La maternidad para las mujeres que han delinquido supone una relación inexorable. Por ello, en ocasiones, forma parte de la justificación de las mujeres hacia sus conductas delictivas pero, por otro lado, también son sus hijos/as quienes infieren una influencia restrictiva tanto en ellas como en quienes las condenan (Worrall, 1990) siendo ellas quienes cometen muy pocos delitos asociados a necesidades económicas evitando el delinquir desarrollando estrategias alternativas (Juliano, 2010).

Mencionar posicionamientos institucionales, como el de la Unión Europea, que son de total respeto hacia la vida familiar y privada de la personas condenadas a prisión y a favor de que el mantenimiento de los lazos familiares como un instrumento básico de prevención de la reincidencia y de reinserción social y un derecho de todas las personas reclusas, sus hijos y los demás miembros de la familia, así como que el ejercicio de este derecho, resulta particularmente complicado para las mujeres debido a la escasez y, por ello, la lejanía geográfica de los Centros penitenciarios destinados a las mujeres (Panayotopoulos-Cassiotou, 2008).

En la lista de relaciones de las mujeres presas a considerar están las relaciones íntimas de pareja, y sin duda alguna, sus hijos e hijas. Leverentz (2006) afirma que una consecuencia colateral del encarcelamiento es su impacto en las relaciones románticas y que incluso con miras anteriores al encarcelamiento, se debe considerar el análisis de estas relaciones ya que las mujeres reclusas frecuentemente creen en los mandatos tradicionales del género. Ya durante el encarcelamiento, ideas de este tipo realzan lo poco armoniosas que, en ocasiones, son las relaciones de pareja de las mujeres reclusas.

También las redes sociales se deterioran o desaparecen durante el encarcelamiento (Igareda, 2007). Muchas veces, viene propiciado porque son relaciones basadas en las

drogas y otras porque la prisión no facilita el contacto con el exterior.

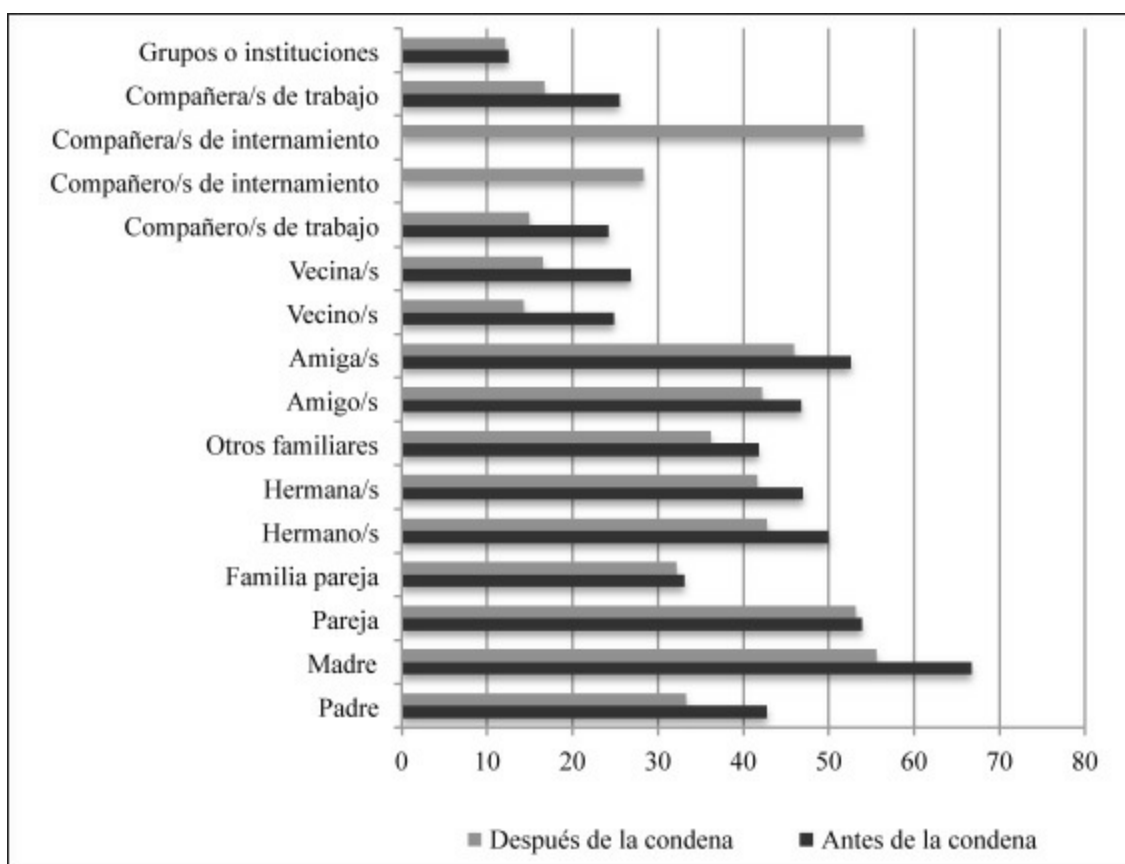
Aunque con menos énfasis y frecuencia, también existen trabajos que se centran en el estudio de las relaciones entre compañeros de internamiento y que han encontrado que las relaciones que establecen unos internos con otros tienen funciones muy importantes para reducir la ansiedad y la incertidumbre que produce la situación en la que se encuentran (Bond et al., 2005; Goffman, 1987). Entre estas funciones se encuentra la de obtener información sobre el funcionamiento del contexto extraño, ganar influencia entre los internos y entre los funcionarios o desarrollar un sentimiento de seguridad (Bayón, Compadre y Salarich, 1999; Crewe, 2009).

2. Los diferentes apoyos de las mujeres reclusas

Cuando una mujer es recluida se dan circunstancias como las descritas más arriba. El miedo a la desestructuración familiar y el no poder atender las demandas familiares ejerce una presión interna hacia ellas mismas mientras, paralelamente, se produce un proceso de abandono o menor continuidad en la atención a las mujeres presas por parte de su familia (Ayuso, 2003) que no facilita la remisión de esos sentimientos y autoflagelación. Más importante es aún este tema cuando existen trabajos que establecen que el apoyo emocional y moral han sido identificados por las mujeres delincuentes como motivadores importantes para cambiar su comportamiento (Cobbina, 2009, 2010; O'Brien, 2001). Para quienes no disponen de estos apoyos, el proceso de encarcelamiento se complica ya que, principalmente, aumentan los sentimientos de soledad y aislamiento (Fernández et al., 2009).

Aunque en los resultados de nuestra investigación se refleja una continuidad del apoyo sociofamiliar recibido antes y durante la condena, hay un grupo importante de mujeres que no han tenido ningún apoyo anterior a la entrada en prisión (6,7%) que, posteriormente, tras su estancia en Centros penitenciarios se ve reducido a un 3,3%. En las entrevistas se puntualiza en qué consiste ese apoyo y su concepción es muy distinta según la persona, desde un apoyo incondicional en un sentido amplio hasta un apoyo puntual, temporal, y en cuanto a la forma que lo reciben se perfilan apoyos afectivos, económicos y de cuidado de los hijos principalmente. Los datos sobre el apoyo que perciben que han recibido y reciben en el momento de encuestarles los hemos plasmado en esta gráfica.

GRAFICA 5. APOYO RECIBIDO ANTES Y DURANTE LA CONDENA (EN PORCENTAJES SOBRE LA POBLACIÓN GLOBAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS, 538 RECLUSAS ENCUESTADAS)



Fuente: Elaboración propia

Con una vista superficial a esta gráfica se aprecia que todos los apoyos sin excepción que poseían las reclusas han mermado con su entrada en prisión. Pero también los resultados del estudio reflejan cómo existen ciertas figuras prevalentes a la hora de otorgar apoyo como son la madre, la pareja, compañeras de internamiento o las amigas. Wright, DeHart, Koons-Witt y Crittenden (2013), en su investigación con mujeres encarceladas en el sudeste de Estados Unidos, hacen una observación que nosotros también hemos identificado en nuestro estudio con mujeres reclusas en España; se trata de que la mayoría de las mujeres citó a otras mujeres como más influyentes y a las que están más unidas. Tenemos que matizar que, aunque la madre es un apoyo más frecuente que el padre y las amigas también están por encima de los amigos, son los hermanos quienes predominan ligeramente por encima de las hermanas. No obstante, creemos necesario desmembrar todo este entramado de relaciones que configuran el círculo social y familiar de las mujeres para analizarlo detenidamente en los diferentes espacios y tiempos de socialización que han inferido en sus vidas.

2.1. Familia de origen

El apoyo de los miembros de la familia está muy ligado al tipo de relación que mantienen con ellos. Entre las mujeres que podrían mantener relación con su padre, una

de cada cuatro no la tiene. Pero cuando se produce, esa relación es “buena” o “muy buena”. La relación con la madre es “buena” o “muy buena” en el 64% de los casos. Con los hermanos varones la relación favorable ronda el 54,6%, mientras que con las hermanas se sitúa en el 50%.

El apoyo que reciben las mujeres reclusas proviene fundamentalmente de la madre (66,7% antes y 55,6% durante la condena) quedando los hermanos (un 50% de ellas percibió apoyo de sus hermanos varones antes de entrar en prisión y un 42,8% continua sintiéndolo), hermanas (47% y 41,6% para los dos momentos) y la figura paterna (42,8% y 33,3% respectivamente) en un segundo plano en este orden. Podemos decir que las mujeres en prisión perciben apoyo, en mayor medida, de las mujeres del entorno familiar, quedando los hombres más al margen, a excepción de los hermanos como ya hemos comentado. Asimismo, son las mujeres del perfil AA y PMM las que presentan una mayor proporción de ausencia de relaciones familiares.

2.2. Pareja

En nuestro estudio, al igual que lo dicho por Leverentz (2006) se ha detectado que las relaciones de pareja de una parte importante de las mujeres encuestadas no suelen describirse como sólidas y estables. Hay un 5,8% que admite inexistencia de relación o contacto con sus parejas, un 10,8% califica esa relación como regular o mala, a lo que hay que añadir que la proporción de respuestas improcedentes o no válidas alcanza el 24,2%.

El concepto de pareja que tienen las mujeres entrevistadas es ambiguo. Es un hecho que la entrada en prisión, en muchos casos, conlleva el abandono por parte de la persona con la que la mujer mantenía una relación en el exterior. Hay 29 mujeres de las entrevistadas que aseguran haber finalizado la relación con motivo del ingreso en prisión. Un número similar afirma que mantiene el vínculo de pareja, pero de ellas en una decena de casos su pareja también está en prisión. La escasa solidez de las parejas es vinculable al hecho de que cuando se les pregunta sobre sus familias, preguntas generales sobre asuntos familiares, rara vez las parejas estén presentes en sus respuestas, no las conciben como un elemento adherible al concepto de familia.

Por el deterioro de sus relaciones de pareja anteriores a la condena en esas mujeres se puede generar un fuerte sentimiento de soledad y abandono, que tratará de paliar estableciendo una nueva relación que en muchas ocasiones se construye con personas que se encuentran dentro del Centro penitenciario. El contacto entre la nueva pareja se limita, muchas de las veces, a intercambio de cartas o a breves encuentros en actividades compartidas, siendo así, estas nuevas parejas difícilmente podrían considerarse un vínculo consistente en el que la mujer pueda apoyarse durante su estancia en la cárcel. No obstante, los datos indican que un 53,9% han recibido apoyo de sus parejas antes de entrar en prisión y un 53,2% durante su condena. Por la complejidad de sus relaciones íntimas no podemos determinar si hablan de las mismas personas en los dos momentos.

2.3. Hijos e hijas

Casi el 80% de las presas encuestadas tiene hijos al igual que más dos tercios de las entrevistadas (47 sobre una muestra de 61 mujeres). La inmensa mayoría tiene entre uno o tres hijos y solo un 7,2% tienen a alguno de sus hijos con ellas residiendo en el Centro penitenciario. En las entrevistas salen a relucir sentimientos contradictorios vinculados al rol materno, ya que reconocen como beneficioso que sus hijos vivan con ellas pero a la vez sienten lo negativo que puede resultarles que residan en prisión. En las entrevistas se les pregunta cómo se perciben como madres y las respuestas son diversas y ambiguas; incluso podemos determinar, dentro de la complejidad de las respuestas, que un tercio de las que tienen hijos se perciben positivamente como madres mientras que el resto se sitúa entre el percibirse negativamente y una posición intermedia. Estos elementos hacen que planteemos que la autopercepción de las entrevistadas como madres es compleja y, en general, contradictoria.

Algo similar sucede con la concepción del daño inferido a los hijos. Los resultados de los cuestionarios a mujeres presas indican que una décima parte de las reclusas encuestadas que son madres reconocen haber hecho daño a sus hijos siendo las del perfil EX las que principalmente reconocen esta situación. Ellas principalmente hablan de daños de tipo psicológico o emocional (la mitad de ellas) o el que puedan haber causado hacia sus hijos por el hecho de estar en prisión y de haber dejado de verlos, por su ausencia. Quizás esos mismos sentimientos son los que les llevan a plantearse vivir con sus hijos a la salida de prisión a un gran número de las entrevistadas.

2.4. Amigos y amigas

Las redes sociales del exterior de la prisión de las reclusas del entorno en que viven, del barrio, del trabajo sufren un deterioro más acusado aunque aparentemente no se refleja así en la Gráfica 5 sobre el apoyo recibido y que reciben. En esta Gráfica se observa que los apoyos de amigos y amigas se ven disminuidos tras la entrada en prisión de un modo similar a lo ocurrido con las otras figuras de apoyo. El apoyo de los amigos varones existe para un 46,8% de ellas antes de prisión pero se ve disminuido en 4,6 puntos tras la condena, y el de los datos referentes a las amigas pasan de un 52,6% a un 45,9% respectivamente. Pero con la complementación de los testimonios de las entrevistas, apreciamos que la calidad de esas relaciones y apoyos es relativa, que una cuarta parte de ellas que dicen conservar sus amistades, luego reconocen que no tienen contacto con ellas, incluso hay relatos que indican que les han ocultado que se encuentran en prisión.

2.5. Relaciones con las personas de los Centros penitenciarios

Los datos de nuestro estudio nos indican que las mujeres reclusas disfrutan de relaciones positivas y saludables con las personas con las que tratan y conviven dentro de los Centros penitenciarios. Los compañeros y, sobretudo, las compañeras de internamiento configuran el entorno social más próximo en el periodo de privación de libertad. En general, muestran relaciones sanas y positivas con sus compañeras (80,5%)

por lo que se desmitificaría la idea generalizada de rivalidades entre mujeres. Sin embargo, estas relaciones no siempre son idílicas, ya que se percibe también rivalidad, envidia y competitividad en la relación entre compañeras, dentro de prisión (85,3%); con escasas y ocasionales discusiones acaloradas (9,9% con frecuencia o siempre, 34% a veces), que en ocasiones les llevan a enfrentamientos físicos (22,7%). Asimismo, casi la totalidad (93%) se considera como colaboradora con las compañeras. Lo que se hace difícil de comprender son las relaciones extraordinariamente buenas que un 53,1% dicen tener con los compañeros varones ya que apenas existe un contacto físico entre ellos dentro de los Centros penitenciarios por lo que interpretamos que entra en juego el factor de la idealización de la figura masculina (García-Vita y Melendro, 2013). Además, esto se manifiesta en los datos sobre el apoyo que reciben (ver Gráfica 5) ya que hay una gran diferencia numérica entre las que dicen tener apoyo de compañeras (54,1%) y las que lo reciben de los compañeros (28,3%).

También hemos analizado las relaciones que dicen tener con los profesionales del Centro. En un 70% de los casos las relaciones con los funcionarios y funcionarias de prisiones son valoradas como buenas o muy buenas, sin que exista una diferencia significativa en función del sexo y el resto de los profesionales son mejor valorados cuanto más frecuentes son sus contactos con ellos (como son los funcionarios de vigilancia, maestros, educadores y monitores; García-Vita y Melendro 2013).

3. Conclusiones

Si la vivencia del encarcelamiento y el posterior proceso de inserción/reinserción están directamente influidos por el hecho de que exista –o no– una red social de apoyo en el exterior, esa influencia es mayor cuanto más próximo sea el vínculo afectivo y de relación. La socialización de las mujeres reclusas es un punto de especial interés de estudio tanto para elaborar acciones que pretendan mejorar su periodo de internamiento como para las que persiguen incidir sobre los procesos de inserción tras la condena. Las relaciones familiares, las parejas, los hijos e hijas, los vínculos sociales extra e intramuros, las personas con que cuentan y de quienes reciben apoyo, conforman un complejo entramado personal.

Las mujeres que les rodean se erigen como uno de los más fuertes soportes que tienen. Esta idea la hemos ido desarrollando a lo largo de los resultados, con la matización de que, en el caso de los hermanos y hermanas, son ellos quienes ofrecen mayor apoyo a las reclusas de este estudio. Este hecho cuestiona la afirmación de que sean otras mujeres las que, en mayor medida, apoyen a las personas objeto del presente estudio y hace necesario que en posteriores se contraste la existencia de ciertas figuras en sus vidas con el apoyo que reciben de cada uno ya que puede que ese sea el motivo de esta discordia. Lo que sí se hace patente tras la discusión de los resultados es que existen ciertas figuras familiares e íntimas como son la madre, la pareja y los hijos, al igual de otras (relaciones con las personas que forman parte de la institución penitenciaria como son las compañeras), que son especialmente susceptibles de análisis siempre que se

quieran establecer pautas de tratamiento para mujeres que residan en prisión. Así, la pareja resultará de especial interés para valorar las posibilidades y recursos a disposición de las mujeres tanto en el periodo de encarcelamiento como en el posterior de libertad. Igualmente, lo serán las características o cualidades de la relación existente entre ambos, en tanto que elementos que potencien o dificulten las posibilidades de inserción.

Queremos resaltar el dato que diferencia el apoyo recibido antes y durante su estancia en Centros penitenciarios: los testimonios de las mujeres que dicen que nunca han contado con un apoyo cuando han tenido dificultades a lo largo de sus vidas y que luego afirman tenerlo una vez han entrado en prisión (recordamos el dato, un 6,7% a 3,3% respectivamente). Se constata que la institución penitenciaria es fuente generadora de confianza. Las mujeres encuestadas sienten mayor apoyo dentro que fuera de prisión, a pesar de que el entorno familiar mengua su presencia durante este proceso de condena. Ese hecho puede convertirse en un punto de interés para el desarrollo de programas, puede manejarse como potenciador de la resiliencia, de la posibilidad de enfrentarse a su realidad y mejorarla. La propia estructura de la institución, con todas sus deficiencias y con la inadecuación de género constatada en numerosa bibliografía, puede proporcionar a la mujer el sentimiento de ser aceptada tal y como es.

La multiplicidad reflejada en los testimonios sobre la calidad y los tipos de apoyos hacen difícil su clasificación incluso se perfila la necesidad de un estudio posterior que clasifique y analice en profundidad las percepciones sobre el apoyo que se les brinda a estas mujeres.

Referencias bibliográficas

- Almeda, Elisabet (2002). *Corregir y castigar. El ayer y hoy de las cárceles de mujeres*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- (2005). Las experiencias familiares de las mujeres encarceladas: el caso de Cataluña. En Bajo Cero (Eds.) *Las cárceles de la democracia: del déficit de ciudadanía a la producción de control*, pp. 69-104. Madrid: Bajo Cero.
- Añaños-Bedriñana, Fanny T. (2012). Violencias y exclusiones en el medio penitenciario. Enfoque socio-educativo y de la paz. *Convergencia*, 59, 13-41.
- (2013). Formación educativa previa ante las discriminaciones: las mujeres reclusas en prisión. *Revista de Educación*, 360, 91-118.
- Añaños-Bedriñana, Fanny T; Fernández-Sánchez, M^a Pilar y Llopis, Juan J. (2013). Aproximación a los contextos en prisión. Una perspectiva socioeducativa. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 15-30.
- Ayuso, Alejandro (2003). *Visión crítica de la reeducación penitenciaria en España*. Valencia: Nau Llibres.
- Bayón, F.; Compadre, A. y Salarich, L. (1999). La integración social de los exreclusos. En M. Clemente y M. I. Serrano (Coords.) *Psicología jurídica y redes sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bond, G. D.; Thompson, L. A. y Malloy D. M. (2005). Lifespan differences in the social networks of prison inmates. *International Journal of Aging & Human Development*, 61, 161-178.
- Cervelló, Vicenta (2006). Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. *Revista General de Derecho Penal*, 5. Disponible en: www.iustel.com.
- Christian, Johnna y Kennedy, Leslie W. (2011). Secondary narratives in the aftermath of crime: defining family member's relationships with prisoners. *Punishment & Society*, 30 (4), 379-402.
- Cobbina, J.E. (2009). *From Prison to Home: Women's Pathways in and out of Crime*. St. Louis: University of

- Missouri.
- (2010) Reintegration success and failure: Factors impacting reintegration among incarcerated and formerly incarcerated women. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49, 210–232.
- Crewe, B. (2009). *The Prisoner Society: Power, Adaptation, and Social Life in an English Prison*. Nueva York: Oxford University Press.
- Dhami M. K.; Ayton P. y Loewenstein G. (2007). Adaptation to imprisonment-in-digenous or imported? *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1085-1100.
- García-Vita, María del Mar y Añaños-Bedriñana, Fanny T. (2012). Reconocimiento y potenciación de los vínculos familiares para la mejora de la reinserción social de mujeres reclusas. En Sonia Morales, Juan Lirio y Rosa Marí (coords.) *La Pedagogía Social en la Universidad. Investigación, formación y compromiso social*. Valencia: Nau Llibres.
- García-Vita, María del Mar y Melendro Estefanía, Miguel (2013). El ambiente en prisión: la atención recibida por las reclusas y las relaciones intramuros. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 43-56.
- Goffman, Erving (1987). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Igareda, Noelia (2007). Mujeres en prisión. En Ana Isabel Cerezo y Elisa García (coords.), *La prisión en España: una perspectiva criminológica*, pp.75-100. Granada: Comares.
- Juliano, Dolores (2010). La criminalización de las mujeres. Estigmatización de las estrategias femeninas para no delinquir. En Fanny T. Añaños (coord.) *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*, pp. 25-44. Barcelona: Gedisa.
- Kruttschmitt, Candace y Gartner, Rosemary (2003). Women and imprisonment. *Crime and Justice*, 30, 1-81.
- LaVigne, Nancy; Nasser, Rebecca L; Brooks, Lisa E. y Castro, Jennifer L.(2005). Examining the effect of incarceration and in-prison family contact on prisoner's family relationships. *Journal of Contemporary Criminal*, 21 (4), 314-335.
- Leverentz, Andrea M. (2006). The love of a good man? Relationships as a source support or hindrance for female exoffenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43 (4), 459-488.
- O'Brien, Patricia (2001). *Making it in the 'Free World': Women in Transition from Prison*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Panayotopoulos-Cassiotou, Marie (2008). *Informe en el Parlamento Europeo sobre la situación especial de las mujeres en los centros penitenciarios y las repercusiones de la encarcelación de los padres sobre la vida social y familiar*. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género.
- Perspectivas penitenciarias europeas. Informe sobre las mujeres y los niños en las prisiones. En Fanny T. Añaños (coord.) *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*, pp. 157-164. Barcelona: Gedisa.
- Ribas, Natalia; Almeda, Elisabet y Bodelón, Encarna (2005). *Rastreado lo invisible. Mujeres extranjeras en las cárceles*. Barcelona: Antrophos.
- Riviera, Iñaki (1994). La “devaluación” de los derechos fundamentales de los reclusos. En Iñaki Rivera (coord.) *Tratamiento penitenciario y derechos fundamentales*, pp. 47-76. Madrid: J.M. Bosch S.A.
- SURT (2005). *MIP (Mujeres, Integración y Prisión). Un análisis de los procesos de integración sociolaboral de las mujeres presas en Europa*. Barcelona: Áurea Editores.
- Van Tongeren, Daryl R. y KlebeKelli J. (2010). Reconceptualizing Prison Adjustment: A Multidimensional Approach Exploring Female Offenders Adjustment to Prison Life. *Prison Journal*, 90, 48-68.
- Worrall, Anne (1990) *Offending women. Female lawbreakers and the criminal Justice System*. Londres: Routledge.
- Wright, Emily M.; De Hart, Dana D.; Koons-Witt, Barbara A.; y Crittenden, Courtney A. (2013). “Buffers” against crime? Exploring the roles and limitations of positive relationships among women in prison. *Punishment & Society*, 15, 77-95.
- Yagüe, Concepción (2006). Las mujeres encarceladas. En Adelina Calvo, Marta García y Teresa Susinos (eds.) *Mujeres en la periferia*, pp. 121-147. Barcelona: Icaria.

¹ En España algunos más representativos son Almeda, 2002; Ribas, Almeda y Bodelón, 2005; Cervelló, 2006; Yágüe, 2006; Añaños-Bedriñana, 2012, 2013). A escala europea trabajos como el de SURT, 2005; Panayotopoulos-Cassiotou, 2010 o el Informe de la Comisión Europea presentado por Marie Panayotopoulos-Cassiotou, 2008.

III. LA INTERVENCIÓN EN PRISIÓN: PROYECCIONES

Programas para la reinserción de mujeres presas, ¿son eficaces?

LUIS PANTOJA VARGAS

Universidad de Deusto

Introducción

En el desarrollo de nuestra investigación, se consideró de suma importancia indagar la visión de los profesionales que trabajaban con este tipo de mujeres en los Centros penitenciarios tanto de régimen cerrado como abierto. Y la razón era evidente: debido a su formación y, sobre todo, a su experiencia conocen mejor que nadie la situación de estas mujeres, sus problemas y su evolución durante el cumplimiento de su condena. Además ellos mismos son quienes las diagnostican o implementan los programas destinados a su reinserción social.

¿Cuál es su opinión acerca de los programas que se aplican a este tipo de mujeres en su Centro penitenciario? ¿Qué programas juzgan más importantes e interesantes? ¿Qué fortalezas y debilidades poseen estos programas? ¿En qué grado se implican las mujeres y por qué razones? ¿Qué frutos consiguen? ¿Qué necesidades de las mujeres están aún sin atender? Éstas son, entre otras, algunas de las preguntas cuya respuesta deseaba conocer el equipo de investigación del proyecto para poder relacionar los resultados con otros datos ofrecidos por las mujeres mediante encuestas y entrevistas personales. El propósito era intentar plasmar la realidad de los programas de reinserción social en los Centros penitenciarios estudiados, sus efectos, fortalezas y deficiencias y así dar pie a nuevas propuestas de acción complementarias.

Cabe dejar constancia de que este tema concreto –que sepamos–no ha sido objeto de indagación en España, o al menos no se ha podido encontrar información respecto al mismo. Los profesionales, en especial aquellos que son funcionarios, han sido objeto de estudio desde otros puntos de vista, pero no desde el que ahora se enfoca.

Nuestro objetivo principal es conocer la visión de los profesionales sobre los programas que se están aplicando en el Centro penitenciario donde trabajan con mujeres reclusas consumidoras o no de drogas para saber, entre otras cosas, las áreas que se están trabajando, los objetivos que se persiguen, las actividades que se hacen, las dificultades con las que se encuentran, las necesidades no atendidas, etc., informaciones muy útiles para proponer mejoras en la intervención para la reinserción social de las mujeres presas.

En orden al análisis e interpretación de los resultados es muy importante tener en cuenta que los datos se refieren *solo* a uno o dos programas de los que se estaban aplicando en el Centro en donde realizaba su trabajo el profesional que rellenó el cuestionario, de manera que sus respuestas *no representan* al conjunto de todos los

programas implementados en ese Centro. Por consiguiente, los 43 programas referidos en los cuestionarios recibidos, tampoco representan al conjunto de todos los que se estaban realizando en los Centros participantes en esta investigación aunque pueden considerarse como una muestra de todos ellos. Tampoco hay base segura para afirmar que estos programas elegidos sean los más importantes entre los que se estaban aplicando en el Centro ya que en su elección pudieron funcionar otros criterios como el conocimiento del programa, el estar aplicándolo en ese momento, etc. A pesar de estas debilidades, sobre todo el que la elección de los programas haya sido hecha bajo criterios meramente subjetivos, la suma de todas las respuestas –sin pretensión de generalización– podría considerarse como un indicador de los aspectos más valorados o más frecuentes de la intervención de reinserción social con las mujeres –incluyendo los educativos y reeducativos, de prevención y tratamiento de las drogodependencias y laborales– en los Centros penitenciarios españoles estudiados.

Para la redacción de este capítulo se ha hecho una selección de aquellos datos más significativos para los objetivos del estudio general.

1. Resultados y discusión

1.1. Parte cuantitativa. Datos generales

El total de programas sobre los que informaron los profesionales fue de 43. Los Centros estaban ubicados en Andalucía, Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña, Aragón, Castilla y León, Galicia, Islas Baleares e Islas Canarias. De las once Comunidades en donde hubo Centros penitenciarios que participaron en la investigación general solo dos no enviaron respuesta (Asturias y País Vasco).

En cuanto al tipo de Centros en donde se estaban aplicando los programas elegidos predominaron los de régimen ordinario (CP) que son de carácter cerrado (veintisiete programas), siguiéndoles los de Inserción social (CIS) (ocho programas) y las Unidades dependientes (UD) (cuatro programas) ambos de carácter abierto. De los cuatro programas restantes uno se estaba aplicando en una Unidad de madres (UM), otro en un Hospital psiquiátrico penitenciario y dos en Módulos de respeto, todos de carácter cerrado (dos). Por consiguiente, la información que han aportado los profesionales se refiere en su gran mayoría a programas que se realizaban en medio cerrado (31 de los 43) y solo doce se desarrollaban en Centros de medio abierto.

En referencia al perfil profesional, en dieciocho programas contestaron Psicólogos, en ocho, Trabajadores sociales y en cuatro, Educadores sociales. En los trece programas restantes se hallan Criminólogos (dos programas), Sociólogos (uno), Maestros (uno), Abogados (uno) y Filólogos (uno). En el resto de programas (siete) no se explicitó la profesión. A la luz de estos datos, la profesión con más presencia entre los que contestaron es la de Psicología, seguida por la de Trabajo Social, aunque en menor medida, y por la Educación Social cuya presencia es casi irrelevante. ¿Cabe afirmar que en los Centros penitenciarios abundan más los Psicólogos y los Trabajadores sociales en

cuanto responsables de la intervención con mujeres? De ser cierto, los programas de reinserción de las mujeres –entre los que se incluyen los reeducativos– estarían en manos de Psicólogos y de Trabajadores sociales más que de Educadores y esto llevaría como consecuencia que en el enfoque de la intervención penitenciaria con las mujeres pudieran predominar modelos psicoterapéuticos y de servicios sociales y no socioeducativos. Por otra parte, se podría deducir que los programas de reeducación social –que de acuerdo con la Ley penitenciaria serían esenciales para conseguir la reinserción– estarían siendo realizados por profesionales no pertenecientes a especialidades educativas.

1.1.1. ¿Qué áreas de intervención abordan estos programas? De acuerdo a los datos proporcionados son las siguientes

TABLA 25. ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Áreas	Nº de programas	Porcentaje (%)
Drogodependencias (modalidad de tratamiento o prevención)	14	33,5
Género (incluida la violencia)	11	25
Educación de madres	5	11,6
Educación general	4	9,3
Inserción sociolaboral	7	16
Ocio y cultura	2	4,6
TOTALES	43	100

Fuente: Elaboración propia

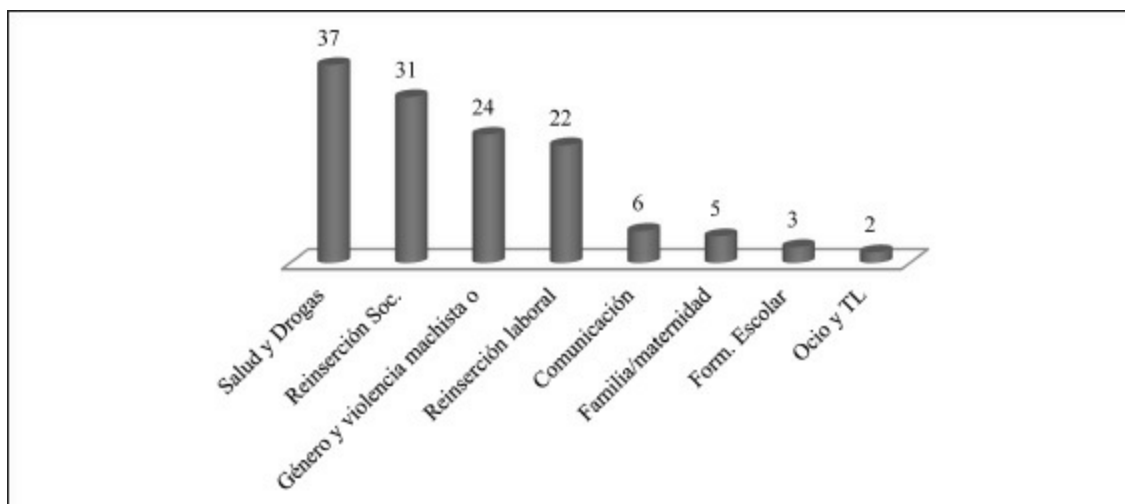
Se puede suponer, por tanto, que para estos profesionales el área de atención preferente es la de las drogodependencias siguiéndole a continuación la del género. La educación ocupa el tercer lugar sumando la educación de madres y la educación en general, los aspectos laborales se sitúan en el cuarto lugar –que comparándolos con las drogodependencias existe una diferencia superior al 50%– y, finalmente, el ocio y la cultura. Estos datos podrían indicar hacia dónde van las tendencias en la intervención en cárcel con las mujeres y confirmarían la mayor presencia de enfoques psicoterapéuticos y de salud.

1.1.2. Objetivos de los programas

Los objetivos se consideran un elemento fundamental en los programas y se pueden entender como aquellos cambios que se pretenden conseguir; también podrían conceptuarse como los aprendizajes o reaprendizajes que se espera que tengan lugar una vez finalizados los programas. De acuerdo con esto, las mismas formulaciones verbales de los objetivos manifiestan la filosofía rectora de las intervenciones. En el caso que nos ocupa, ¿de qué tipo son los cambios que proponen?, ¿son pocos o muchos? En principio

se pidió a los profesionales que indicaran un máximo de cuatro objetivos a conseguir a través del programa elegido y que los ordenaran según la importancia que tenían para ellos. El criterio para la presentación de los resultados es el número de objetivos en cada una de las categorías utilizadas para clasificar las respuestas;¹ la cantidad indica tanto la importancia como el tipo de cambio que se persigue (aprendizaje, reaprendizaje, corrección, etc.). Los resultados se pueden observar en la siguiente gráfica:

GRÁFICA 6. NÚMERO DE OBJETIVOS EN CADA CATEGORÍA



Fuente: Elaboración propia

Se puede apreciar cómo los objetivos relacionados con la salud, y especialmente con las drogodependencias, ocupan el primer lugar (37 objetivos), lo cual tiene lógica puesto que los profesionales eligieron catorce programas de esta área en el momento de contestar el cuestionario. El segundo corresponde a la categoría reinserción social con 31 objetivos,² el tercero al tema del género³ con 24 en el que se han incluido objetivos relacionados también con la violencia machista o parental y el cuarto a la reinserción laboral (con 22).⁴ Éstas son las categorías más sobresalientes o la filosofía rectora de las intervenciones relacionadas; el resto, la comunicación, la familia y la maternidad, la formación reglada y el ocio y tiempo libre es poco significativo en cuanto a número de objetivos, cuando no meramente testimonial (seis, cinco y dos respectivamente). Llama la atención el escaso número de objetivos referidos al tema familiar.

De acuerdo con las afirmaciones de los profesionales parece que se consiguen estos objetivos en al menos 28 de los 43 programas; en el resto se pone en duda por diferentes motivos, aunque al parecer se obtienen otros efectos positivos. No obstante, conviene dejar constancia de que no se ha informado acerca de los métodos y técnicas utilizadas para realizar la evaluación de los resultados lo que puede dar lugar a percepciones subjetivas de los profesionales.

1.1.3. Actividades más importantes en los programas

A la pregunta sobre qué actividades se realizan para conseguir los objetivos, los profesionales señalaron alrededor de 130 que, leídas reposadamente, ponen de manifiesto una enorme dificultad para categorizarlas de acuerdo con algún criterio, como el de su importancia. Por otra parte, salvo unas cuantas que son más o menos concretas y que dicen lo que se hace para conseguir el objetivo buscado (como, por ejemplo, celebración de fiestas, salidas al exterior, búsqueda activa de empleo, “café-tertulia” con todas las internas), el resto es genérico y coincide o bien con la denominación del programa o con la formulación de los objetivos o con los contenidos de los programas (por ejemplo, violencia de género, prevención de recaídas, sexualidad, talleres, etc.).

Otro aspecto que conviene hacer notar es que la inmensa mayoría de las actividades se refiere a lo que hacen los profesionales en los programas (diagnosticar, apoyar, dar charlas, explicar conceptos, derivar, etc.) y no a la actividad de las mujeres, verdaderas protagonistas de su propio cambio.

¿Son adecuadas y suficientes estas actividades para los objetivos de los programas? Evidentemente sí, de acuerdo a la opinión de los profesionales que han afirmado que en 24 de los 43 programas son adecuadas y suficientes y en 16 que son adecuadas aunque el número de las mismas se quede algo corto.

La participación e implicación de las personas en las actividades de un programa suelen ser buenos indicadores para valorar el interés del programa en sí, su adecuación a las necesidades de las personas y la motivación de éstas hacia el mismo. En el caso que nos ocupa, ¿cuál ha sido el grado de implicación de las mujeres en las actividades de los programas?, de acuerdo a las informaciones de los profesionales, las mujeres se han mostrado muy participativas en 18 de los programas y bastante participativas en otros 21, de donde se deduce que en 39 programas (90,7%) la participación e implicación han sido elevadas y que, por tanto, esos programas han suscitado su interés, posiblemente porque se adecuen a sus necesidades, a su situación y su género o porque les llenen otras necesidades encubiertas. Únicamente en tres, los profesionales han afirmado que la participación es escasa, y nula en uno. Es decir, el porcentaje de programas a descartar por su falta de interés sería muy bajo (9,3%).

Este hecho de tan elevada participación en las actividades se revela interesante en mujeres reclusas y con un perfil sociopsicológico tan peculiar como el suyo. Hablando de manera general, conseguir la participación en las actividades de un programa es una de las dificultades a superar en el día a día, lo cual es más difícil aun cuando se trata de personas problematizadas. Esta participación tan elevada de las mujeres posiblemente explique la respuesta tan positiva que dieron los profesionales en relación con la consecución de los objetivos. De cualquier modo, estos datos son muy alentadores y pueden constituir una de las mayores fortalezas dentro de los procesos de cambio de las mujeres en los Centros penitenciarios.

1.1.4. Número de mujeres que se inscriben en los programas

Siendo un buen indicador del interés de un programa el grado de implicación de las

personas en las actividades, existe otro que se considera esencial en el momento de determinar la valía de un programa y consiste en el número de los que se inscriben para participar en él. La participación activa no tendría igual valor cuando se trata de muy pocas personas que cuando son bastantes o muchas.

Los datos proporcionados por los profesionales respecto al número de mujeres inscritas en los programas tuvieron una amplitud de rango muy amplia que iba desde una hasta noventa. Por este motivo, para el análisis, se han hecho intervalos de inscripción de cinco en cinco (en la tabla siguiente aparecen en la columna de la izquierda), habiéndose suprimido aquellos cuya frecuencia de inscripción era cero.

Hay ocho programas (18,6%) que han tenido entre una y cinco mujeres, número demasiado pequeño si se tiene en cuenta el coste económico de los programas. ¿Por qué? ¿Podría deberse al escaso interés que suscitan estos programas en las mujeres? ¿Había en ese Centro muy pocas mujeres con ese problema o necesidad? Las preguntas quedan planteadas, pero lo que no cabe duda es que el coste de estos programas resulta elevado.

En otros ocho programas (18,6%) el número de participantes inscritas es de seis a diez, cifra más adecuada, pero aún insuficiente, aunque todo depende del programa de que se trate. Siete (16,3%) tienen entre once y quince mujeres; cuatro (9,3%) entre 16 y 20,3 (7%) entre veintiuna y veinticinco, y cuatro (9,3%) entre veintiséis y treinta. Esta última cifra de mujeres inscritas se encontraría en el límite de lo deseable de acuerdo a las recomendaciones de las disciplinas científicas que estudian estos temas (Antúnez et al., 1997; Hernández, 1989); el poder de convocatoria de estos programas y la capacidad para suscitar el interés entre las mujeres presas son potentes y justifican su presencia en la oferta de reinserción en los Centros penitenciarios.

TABLA 26. MUJERES PARTICIPANTES EN LOS PROGRAMAS

Número de mujeres inscritas en el programa	Número de programas en los que hay estos grupos	%
1- 5	8	18,6
6 – 10	8	18,6
11 – 15	7	16,3
16 – 20	4	9,3
21 – 25	3	7
26 – 30	4	9,3
41 – 45	1	2,3
46 – 50	2	4,6
51 – 55	1	2,3
71 – 75	3	7
86 – 90	1	2,3
NC	1	2,3
Total	43	100

A partir de esta última cifra de participantes, hay un programa (2,3%) que tiene entre 41 y 45 mujeres, dos (4,6%) entre 46 y 50, uno (2,3%) entre 51 y 55, tres (7%) entre 71 y 75 y, finalmente, uno (2,3%) entre 86 y 90, cifras todas ellas que, de acuerdo con las recomendaciones científicas aludidas antes, son inadecuadas para realizar un trabajo cómodo y fructuoso con un trato personalizado. Felizmente solo hay ocho programas bajo esta circunstancia.

¿Por qué hay programas con un número tan elevado? Al igual que se ha dicho antes, no se puede saber a partir de estos datos. ¿Falta de personal, excesiva demanda por su alto interés, por su obligatoriedad, porque les viene bien por otros motivos?

1.1.5. Criterios para admitir a las mujeres en los programas

Cuando se elabora un programa para una determinada población de personas sobre la base de atender a alguna de sus necesidades, se suelen establecer algunos criterios para admitir o no la solicitud de inscripción en el mismo. ¿Sucede esto en los programas para mujeres en las prisiones? De acuerdo con los datos que ofrecieron los profesionales, a quienes se les pidió que indicaran como máximo cuatro criterios, si los hubiere, se han podido clasificar en las categorías siguientes:

- a. Criterios relacionados con la motivación.* La motivación, en cuanto condición para inscribirse en un programa, se exige a las mujeres en 36 de los 43 programas analizados en este estudio (el 83,7%) y se concretan en exigencias como mostrar motivación inicial, demandarlo expresamente la mujer presa, aceptarlo voluntariamente y no imponérselo, que la mujer sienta necesidad de la intervención, acuerde previamente los objetivos a trabajar, aporte una pequeña cantidad de dinero si tiene ingresos económicos, muestre interés por los objetivos de programa y firme un compromiso de cumplimiento, etc.
- b. Criterios relacionados con la situación penitenciaria.* Esta categoría ha sido mencionada en 32 de los 43 programas (un 74,4%) y ocupa el segundo lugar. Las exigencias se concretan en estar penadas y clasificadas con una previsión de permanencia en el Centro superior a un año, disfrutar de permisos ordinarios o que exista alguna posibilidad a corto o medio plazo, estar clasificadas en primero o segundo grado con varios expedientes abiertos, tener una condena mayor de un año y menor de cinco, tener condena firme y clasificación penal sin causas pendientes, no estar sancionadas, encontrarse en tercer grado con escasez de actividades, tener compatibilidad horaria, poder solicitar el tercer grado reglamentariamente, tener un régimen penitenciario que posibilite la salida al exterior o que esta posibilidad esté próxima, permanecer en el Centro mientras dure el programa, tener bajo perfil de peligrosidad y que su evolución penitenciaria en los primeros meses de valoración sea positiva, etc.

- c. ***Criterios relacionados con la drogodependencia.*** Dado el elevado porcentaje de mujeres presas con problemas de drogodependencia (el 60,7% según se constata en los resultados arrojados por la encuesta realizada a las mujeres para este estudio),⁵ era lógico esperar que los profesionales señalaran ciertas exigencias relacionadas con el uso y abuso de drogas y así sucedió en doce de los 43 programas analizados (un 27,9%). Para participar en estos programas se les exige en concreto que sean consumidoras de cualquier sustancia tóxica, tener problemas de drogodependencia o una historia de consumo de drogas, que tomen una decisión propia de abstinencia, no ser consumidoras activas en el momento de la incorporación, exceptuando metadona, tener voluntad de hacer un programa de tratamiento que se inicie en prisión y que tenga una continuidad en el medio extrapenitenciario mediante la derivación a un recurso específico en el exterior, mantenerse abstinentes durante la participación en el programa, firmar un contrato terapéutico, etc.
- d. ***Criterios relacionados con la violencia de género y sexual.*** La violencia de género y sexual son dos características que están presentes en un porcentaje muy alto de mujeres presas (alrededor de un 40% en el primer caso y de un 55% en el segundo, según se desprende de la encuesta realizada).⁶ A pesar de estos porcentajes tan elevados únicamente en seis de los 43 programas (13,9%) se exige esta condición para participar en ellos y se concreta en haber sufrido algún tipo de violencia de género o abuso sexual en la infancia, pertenecer a una familia donde se hayan dado abusos sexuales, haber sufrido violencia machista en algún momento de su vida, tener un historial de malos tratos, ser vulnerable a la violencia de género, etc.
- e. ***Criterios relacionados con la salud.*** Además del problema de las drogodependencias, muchas mujeres presas sufren también problemas psíquicos y conforme a los datos de este estudio su frecuencia es elevada. Sin embargo, los profesionales los han mencionado solo en cinco de los 43 programas (11,6%) con exigencias como estar afectadas del VIH, tener enfermedad mental grave o indicios de tenerla (con o sin diagnóstico), no tener un trastorno psiquiátrico grave, tener ausencia de patología psíquica o sin patologías que impidan la comprensión del programa.
- f. ***Otros criterios.*** Los profesionales han señalado otras exigencias para poder participar en los programas como la relacionada con la *capacitación cultural* que aparece en tres programas (saber leer y escribir, tener un mínimo nivel o habilidades de lectoescritura), la *maternidad* en otros tres (tener al menos un hijo a su cargo cuya edad esté comprendida entre 0-6 años, tener hijos o hijas hasta los seis años de edad residiendo bien con ellas o en el exterior) y lo *sociolaboral* en cuatro (tener carencias en formación profesional o en hábitos laborales, escasa cualificación o méritos laborales, mujeres en edad laboral activa).

A la luz de estas cifras, no deja de llamar la atención el reducidísimo número de

criterios enfocados a necesidades tan importantes en el perfil de las mujeres presas como las materno-filiales, las sociolaborales o los problemas de violencia de género y sexual, circunstancias referidas constantemente en los estudios sobre mujeres encarceladas (Yagüe, 2006, 2007; Almeda, 2003). En el conjunto de los criterios para la admisión parecen primar dos condiciones generales: que las mujeres quieran y puedan (de acuerdo a su situación penitenciaria).

1.1.6. Duración de los programas

El tiempo diseñado para la aplicación de un programa suele decidirse en función de la posibilidad de conseguir los objetivos pretendidos. Si se tiene en cuenta que ya de por sí es muy difícil conseguir cambios duraderos y estables cuando se trata de personas portadoras de conductas o hábitos desadaptados arraigados, pretender hacerlo en poco tiempo significaría perder el tiempo prácticamente. De ahí que, hablando de manera general, se abogue por duraciones largas en el caso de personas con conductas problemáticas muy arraigadas como las mujeres en prisión.

De acuerdo a los datos facilitados por los profesionales, de los 43 programas a que venimos refiriéndonos, dieciséis (37,2%) son anuales, cinco (11,6%) bianuales, cinco (11,6%) semestrales y dos (4,7%) trimestrales. Los quince restantes (34,9%) tienen otra duración: ocho son permanentes, otro es trianual por convenio y los seis restantes se adaptan a las necesidades individuales de las mujeres.

Si se suman los programas permanentes, trianuales, bianuales y anuales, se alcanza la suma de treinta (69,76%) con una duración larga que se consideraría adecuada para intentar conseguir cambios duraderos en las mujeres presas.

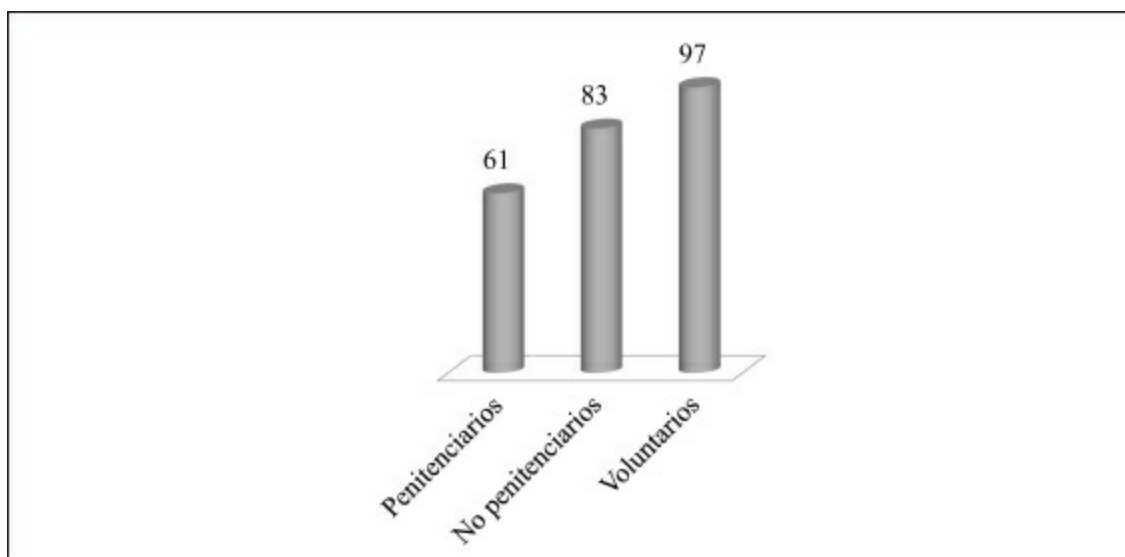
1.1.7. Recursos humanos para el desarrollo de los programas

El número de recursos humanos que intervienen en el desarrollo de un programa es clave para valorar la posibilidad de conseguir los objetivos o poder realizar las actividades planificadas. También es un dato a tener en cuenta en el momento de evaluar tanto la calidad de las prestaciones (actividades, atención a las mujeres, tiempo de dedicación personal, etc.) como la viabilidad económica de dicho programa: la exigencia de un número elevado de profesionales puede provocar la no realización por razones de su coste económico.

En el caso de los programas a que hace referencia este estudio, al hablar de los recursos humanos hay que distinguir entre profesionales penitenciarios⁷, no penitenciarios⁸ y voluntarios⁹. También resulta interesante conocer el género de estos profesionales y su profesión.

¿Cuántos profesionales penitenciarios y no penitenciarios trabajan en los 43 programas?, ¿Cuántos voluntarios hay? En relación al género, ¿cuántos son hombres y cuántas mujeres? ¿Qué profesión tienen?

GRÁFICA 7. NÚMERO Y TIPO DE PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LOS PROGRAMAS



Fuente: Elaboración propia

En los 43 programas intervienen en total 241 recursos humanos entre profesionales y voluntarios y, como se observa, el mayor número de ellos (97, equivalente a un 40,2%) corresponde a personal voluntario; le sigue el de los profesionales no penitenciarios (83, es decir, el 34,4%) y en último lugar el de los profesionales penitenciarios (61, igual al 25,3%). Si se suman estas dos últimas cifras, se constata que había 144 profesionales (59,7%) trabajando en estos 43 programas de reinserción, dato importante a la hora de valorar el coste económico que suponen.

TABLA 27. SEXO DE ESTOS RECURSOS HUMANOS Y NÚMERO

Recursos humanos	Hombres		Mujeres		Total	%
	Nº. absoluto	%	Nº. absoluto	%		
Profesionales penitenciarios	18	29,5	43	70,5	61	25,3
Profesionales no penitenciarios	13	15,7	70	84,3	83	34,4
Voluntarios	19	19,6	78	80,4	97	40,3
Total	50	20,7	191	79,3	241	100

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con estos datos, las mujeres que estaban trabajando en estos 43 programas eran 191, entre profesionales y voluntarias, equivalentes al 79,3% del total global de los recursos humanos intervinientes. Si se compara el número de mujeres con

el de los hombres, las primeras casi cuadruplican a los segundos: hay casi cuatro mujeres por cada hombre. Estos datos ponen en evidencia la importancia que se otorga al hecho de que sean mujeres las que intervengan con las presas en los programas de reinserción hasta tal punto que se podría hablar de cierta feminización en la intervención. Ante esta evidencia convendría investigar si pudieran existir diferencias o no, en relación a la eficacia u otras variables, cuando las intervenciones son realizadas por profesionales hombres o mujeres.

En relación con el tipo de profesionales, se detecta una superioridad global de los no penitenciarios (83, equivalentes al 34,4%) sobre los penitenciarios (61, igual al 25,3%) pero la diferencia no es tan grande como en el caso del sexo. A pesar de la inferioridad del porcentaje de los profesionales penitenciarios, los datos permiten afirmar que tienen un protagonismo destacado en la intervención dando firmeza y estabilidad a los programas.

TABLA 28. PROFESIÓN DE ESTOS PROFESIONALES

Profesión	Nº de programas en que trabaja este profesional	%
Sociólogo	1	2,3
Educador social	4	9,3
Psicólogo	18	41,9
Criminólogo	2	4,7
Trabajador social	8	18,6
Maestro	1	2,3
Jurista	1	2,3
Filólogo	1	2,3
No contestan	7	16,3
Total	43	100

Fuente: Elaboración propia

La profesión que destaca en estos 43 programas es la Psicología pues encontramos a estos profesionales en dieciocho programas (41,9%); le sigue la de Trabajo Social presente en ocho (18,6%) y la de Educación Social en cuatro (9,3%). El resto de profesiones es la Criminología en dos (4,7%), la Sociología, el Magisterio, el Derecho y la Filología en uno respectivamente. En el resto de programas, es decir siete (16,3%), no se proporcionó este dato. Los datos demuestran que la intervención con mujeres presas ha venido siendo confiada a Psicólogos y a Trabajadores sociales lo cual permite deducir, como se ha hecho notar anteriormente, la mayor prestancia otorgada a la terapia y a los servicios sociales frente a los aspectos estrictamente reeducativos.

La evaluación es importante para poder comprobar la eficacia de los programas: si los objetivos se consiguen y en qué grado, si las actividades son adecuadas, si los recursos humanos, materiales y económicos son suficientes, si la duración del programa es correcta, etc.¹⁰ Si no se hiciese la evaluación o ésta fuese muy deficiente, los profesionales nunca podrían saber con certeza la eficacia de los programas.

TABLA 29. TIPOS DE EVALUACIÓN

	Número de programas en que se realiza	%
Inicial de diagnóstico.	28	65,1
De proceso: durante el desarrollo de las actividades.	10	23,3
Final: al terminar el programa.	1	2,3
Otra forma.	1	2,3
No se hace ningún tipo de evaluación.	2	4,7
No contestan.	1	2,3
Total	43	100

Fuente: Elaboración propia

La evaluación que se utiliza más es la inicial o de diagnóstico que se hace antes de comenzar a desarrollar las actividades y mediante la cual se valora la motivación y las capacidades de las mujeres para participar en el programa; se hace en 28 programas (65,1%). La siguiente es la de proceso, durante el desarrollo de las actividades para valorar los logros y replantearse reajustes, y se realiza en diez programas (23,3%). La evaluación final se realiza solo en un programa (2,3%); en dos no se hace ningún tipo de evaluación.

Ante estos datos, se plantea si los profesionales prestan la correspondiente atención a este elemento esencial de los programas. Es sin duda positivo que exista una evaluación inicial para valorar la motivación y la capacidad para afrontar las exigencias del programa, pero tan importante como ésta es la que debiera hacerse al término para comprobar en qué grado ha servido para avanzar en el proceso de resocialización y reinserción social de las mujeres. Por otra parte, en una pregunta anterior los profesionales afirmaron que en 28 (62,5%) de estos 43 programas las mujeres consiguieron amplia o de manera suficiente los objetivos. ¿Cómo lo pueden saber si no hicieron evaluación final?¹¹

Por lo que se refiere al seguimiento de los resultados, se sabe que cuando se trabaja reeducativamente con grupos cuyo perfil es problemático, como el de las mujeres en prisión, o se tratan terapéuticamente déficits de salud psicológica o fisiológica (como los relacionados con la adicción a las drogas), es necesario hacer algún tipo de seguimiento para poder comprobar si los cambios permanecen estables, si se generalizan en la vida cotidiana una vez obtenido el tercer grado o cuando se termina la condena y se afronta la vida real.

Los profesionales, conscientes de esta realidad, han informado acerca de diversas formas de seguimiento entre las cuales destacan las entrevistas personales en diecinueve programas (44,2%), las reuniones grupales cada cierto tiempo en diecisiete (39,5%) y la de listados de Instituciones Penitenciarias en doce (27,9%) para conceder o no beneficios penitenciarios. En otros diez (23,3%), el seguimiento se hace mediante formas alternativas (comunicación continua, coordinación con el equipo de tratamiento del Centro penitenciario, con el recurso externo al que se deriva o mediante la memoria técnica a entidades que financian el programa). Solo en cinco programas (11,6%) no se prevé ningún tipo de seguimiento¹².

1.1. Parte cualitativa

1.1.3. Problemas de las mujeres que dificultan la eficacia de los programas

La información para éste y los siguientes apartados se recogió mediante preguntas abiertas. En éste, referente a los problemas que los profesionales perciben en las mujeres para alcanzar los objetivos de los programas, se ha afirmado que existen problemas al menos en 34 programas.

Los más importantes han sido formulados con expresiones como: las recaídas de las mujeres en su enfermedad mental, la terminología utilizada en el programa, la baja cualificación formativa, su inconstancia, la falta de hábitos, la presión grupal del entorno, el condicionamiento institucional o efecto de hallarse presa, la pérdida de autoestima y motivación, la búsqueda de atención, la poca motivación inicial, las cargas familiares en el exterior, la falta de apoyo familiar, su bajo nivel de plantearse y alcanzar metas a largo plazo, el recurso de apuntarse a los programas para conseguir permisos carcelarios, el cambio de Centro mientras se desarrolla el programa, sus resistencias a hablar de su historia personal, su drogodependencia activa, la no asunción de su problemática tóxica, la escasa concienciación de su problema, el mínimo esfuerzo que hacen para salir de su situación, la creencia de tener una dependencia de las drogas muy arraigada y de no poder hacer nada, el abandono del programa antes de su finalización, su reticencia al cambio, su actitud personal negativa hacia el cambio, su dependencia emocional y las dificultades planteadas por sus parejas para que continúen en el programa, los factores externos que las condicionan como los familiares, económicos, sociales, etc., la situación irregular administrativa en España de las inmigrantes, etc.

El conjunto de estos problemas configura un perfil aproximado de la situación de la mujer presa que se inscribe en estos programas de reinserción y que pudiera generalizarse. Para sintetizar y buscar un cierto orden de prioridad de estos problemas se han clasificado en las siguientes categorías generales:

- a) Motivación:** las mujeres se apuntan en los programas por motivos extrínsecos, por influencia del medio institucional, por la presión grupal, buscando la atención o para conseguir beneficios carcelarios; otras veces participan en los programas, pero no creen en los resultados ni hacen esfuerzos por salir de su situación puesto que

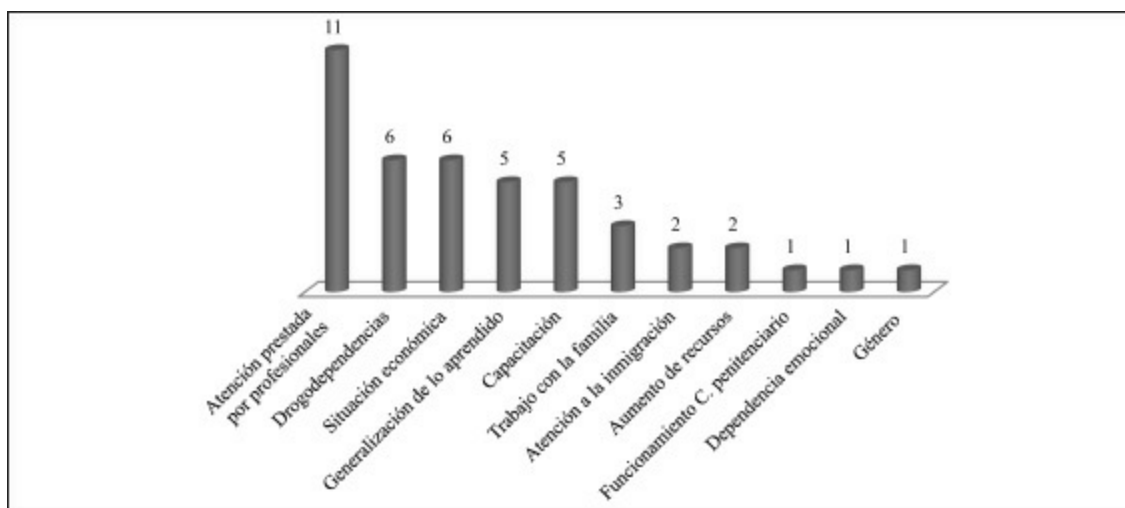
no creen en el cambio. Esto les afecta desde el principio hasta el fin del programa.

- b) **Drogodependencia:** esta realidad aparece referida con bastante frecuencia por los profesionales y afirman que hay mujeres que están en los programas, pero a la vez no están porque siguen consumiendo o los abandonan por falta de conciencia de su problema o porque ven que es imposible dejar el consumo por su profunda dependencia y de ahí su reticencia al cambio, su nula motivación y su actitud negativa.
- c) **Situación psicológica personal:** las mujeres poseen una autoestima baja, poca confianza para planificar y alcanzar metas a largo plazo, se valoran como dependientes de los demás, con poca seguridad en sí mismas, con poca confianza para abrirse a las demás. En algunas existen problemas graves psicológicos.
- d) **Dependencia emocional:** se detectan con frecuencia en las mujeres problemas alrededor de lo emocional que se concretan en una influencia decisiva de sus parejas para abandonar los programas o para apuntarse en ellos para conseguir cambios favorables en su situación institucional.
- e) **Situación familiar:** muchas mujeres son incapaces de terminar los programas por motivo de sus responsabilidades con los hijos que están con ellas o fuera de la cárcel con otros familiares; a ello se aúna la falta de apoyo de sus propias familias.
- f) **Capacitación personal:** la baja consecución de los objetivos se debe en algunos casos a la escasa preparación de las mujeres que se concreta en la falta de hábitos, su bajo nivel de vocabulario y de lectoescritura, su incapacidad para trabajar en grupo, etc.
- g) **Organización administrativa de los Centros:** el cambio de Centro sin tener en cuenta los procesos de reinserción que se están trabajando con las mujeres o la encomienda de tareas que les imposibilitan participar en los programas son deficiencias de la organización que impiden conseguir los objetivos.

1.1.4. Necesidades no atendidas

Conocer las necesidades no cubiertas –o al menos no convenientemente– que los profesionales aprecian en las mujeres presas se considera un tema clave en orden a mejorar las intervenciones con ellas. En este estudio se ha señalado la existencia de necesidades en 27 programas y el total de ellas ascendió a 43. En un esfuerzo de clasificación podrían girar alrededor de las siguientes áreas:

GRÁFICA 8. NECESIDADES DETECTADAS SIN CUBRIR (ÁREAS Y NÚMERO)



Fuente: Elaboración propia

Desde un punto de vista cuantitativo, las más numerosas se hallan en la ***atención prestada por los profesionales a las mujeres***. Se trata de necesidades alrededor de la forma o estilo de proceder de los profesionales y se concretan en exigencias como aumentar la intervención individualizada o, lo que es lo mismo, la creación y realización de un plan individualizado y consensuado de trabajo con ellas, trabajar más la vinculación de las mujeres con los profesionales lo que lleva consigo el acompañamiento emocional (en los permisos), la empatía (sentirse acogidas y valoradas), trabajar más y fomentar la motivación intrínseca que acarrea también aumentar las acciones de seguimiento y ánimo y, finalmente, realizar variadas actividades para que los programas no se vuelvan repetitivos y generadores de aburrimiento.

El siguiente número de necesidades se agrupa en torno a las ***drogodependencias*** y se concreta en la exigencia general de mejorar la atención a esta área, lo cual puede significar que el problema de las drogodependencias no termina de estar satisfactoriamente tratado en los Centros penitenciarios en referencia a las mujeres. A esta demanda expresada en términos generales, se añaden otras como la necesidad de hacer un seguimiento del programa de deshabituación de las drogodependientes, la realización de programas de motivación para iniciar un tratamiento, la exigencia de un estudio científico sobre el funcionamiento de las comunidades terapéuticas que prohíben la participación de parejas, la necesidad de allanar las dificultades para la continuación de la prevención en el Centro penitenciario, formulaciones todas ellas que dejan entrever ciertas deficiencias en el tratamiento de las adictas, tanto en el interior de las prisiones como en los Centros específicos en el exterior.

El tercer grupo de necesidades se acumula alrededor de la ***situación económica*** y aquí se hallan formulaciones de estilo general como “necesidades económicas o recursos socioeconómicos extrapenitenciarios”, no sabiendo si se refieren a los programas o a las necesidades de las mujeres. Sin embargo, hay otras formulaciones más concretas como la de “solucionar las dificultades económicas a corto plazo” o que las mujeres tengan

independencia económica, que reciban ofertas laborales o que se les ofrezca trabajo con apoyos externos. Todo lo cual está poniendo de manifiesto que las mujeres presas tienen un problema económico aún no resuelto, sobre todo de cara a su salida al mundo real, algo que es clave para conseguir una reinserción realista al término de su condena para no engrosar el colectivo de excluidos sociales.

Existen a continuación dos conjuntos de necesidades agrupadas en torno a áreas que se han denominado ***aprendizaje en los programas y capacitación para participar en ellos***. En el primer caso, los profesionales han expresado la necesidad de trabajar para que lo aprendido en los programas se generalice en la vida exterior (se supone que al terminar la condena) o hacer vida en libertad o la adaptación de la conducta a las normas sociales. Estas formulaciones expresan una debilidad de los aprendizajes adquiridos – sobre todo cuando éstos se producen en medios diametralmente opuestos, como es la cárcel respecto a la sociedad normalizada– que se manifiesta en la no generalización de lo que se ha aprendido en los programas. Es decir, se produce una especie de olvido de las habilidades y competencias que se adquirieron dejando a la persona desarmada cuando ya se encuentra en la vida normal. Esto suele preocupar a los profesionales que sienten la tentación de concluir que los programas son ineficaces lo que a la vez les produce una sensación de inutilidad de lo que hacen que los conduce a una desmotivación en su trabajo.

Otra de las áreas que aglutina necesidades se refiere a la ***familia*** y algunos profesionales han vuelto a poner de manifiesto la exigencia de trabajar con las familias de origen o las adquiridas durante la estancia en el Centro penitenciario o trabajar la convivencia de la mujer presa con el resto de la familia o con las personas que posiblemente las puedan apoyar en el exterior. Esto pone de manifiesto que el trabajo con la familia de las mujeres presas –en sus diversas modalidades– está aún por hacerse.

La ***inmigración*** es otra de las áreas recurrentes cuando los profesionales se refieren a las necesidades de las mujeres presas y viene a demostrar que aún queda mucho por hacer en este aspecto. Los profesionales han expresado esta carencia diciendo que se debe prestar atención a la situación de irregularidad o sencillamente tratar el tema de la extranjería.

Finalmente, los profesionales expresan la necesidad de atender la ***dependencia emocional***, introducir algún tipo de inserción desde la ***perspectiva de género***, mejorar el ***funcionamiento del propio Centro penitenciario***, aumentar los ***recursos*** como módulos especiales terapéuticos para mujeres, crear la figura de los mediadores y aumentar la implicación de entidades externas colaboradoras.

Si se observa con atención, el conjunto de estas necesidades que han señalado los profesionales pueden referirse más a ellos mismos (en el sentido de hacer más y mejores intervenciones) que a las mujeres en sí y esto plantearía otro aspecto deducible de este estudio: si se quieren mejorar las intervenciones con mujeres en la cárcel es indispensable atender al personal profesional estudiando si es preferible equilibrar el número de hombres y mujeres, la presencia de profesiones, la idoneidad de estos recursos para

trabajar con mujeres del perfil que se ha venido poniendo de manifiesto, es decir, si tienen la preparación y experiencia adecuadas y, en cualquier caso, participar en una formación continua. La intervención para la reinserción social de las mujeres presas es una labor difícil y muy complicada que no debería encomendarse sin más a profesionales penitenciarios (por razones de ahorro económico) sin constatar su idoneidad ni a profesionales de las ONGs sólo por el hecho de pertenecer a organizaciones colaboradoras que se supone (pero no se comprueba) tienen experiencia en el campo.

1.1.5. Puntos débiles de los programas

Hablar de puntos débiles de los programas es hablar de déficits observados en ellos y constituyen una oportunidad óptima para introducir cambios y mejorarlos. Los resultados de la opinión de los profesionales acerca de estos 43 programas se pueden clasificar en distintas categorías de acuerdo al número de veces que se han referido a ella. Encontramos las siguientes:

- a. Recursos en general* (aludidos dieciséis veces): falta de recursos comunitarios, profesionales, de personal para ampliar el programa, necesidad de aumentar los recursos materiales, mejora de la infraestructura donde se realizan las sesiones, pocos recursos económicos, falta de becas o ayudas que faciliten la primera etapa de indigencia de muchas de las residentes, escasez de recursos externos, escasa colaboración de los Centros extrapenitenciarios, falta de ofertas laborales exteriores, carencia de más módulos de mujeres en el Centro.
- b. Mujeres participantes en los programas* (citadas doce veces): no concienciación de su problema, sus propias resistencias, su falta de implicación, hay pocas mujeres dispuestas a seguir el programa, su escasa motivación, el impedimento que se genera a causa de su institucionalización y la propia dependencia del consumo de sustancias, los roces de convivencia, la timidez, el bajo nivel de instrucción.
- c. Características del propio programa* (referidas en nueve ocasiones): el programa no está enfocado directamente a mujeres privadas de libertad, dificultad del programa para asumir la elevada demanda, no posee una teoría que lo fundamente, depende excesivamente de la situación económica, no incluye una retribución económica, posee un nivel de abstracción medio-alto en algunos de sus contenidos, no incluye una comprensión adecuada de las necesidades de las mujeres en prisión, no trabaja con las familias de las mujeres, tiene una baja validez ecológica.
- d. Tiempo de duración del programa* (referido siete veces): el tiempo que dura no es adecuado para las necesidades de las mujeres, la duración es insuficiente para profundizar, hay que ampliar el programa, mantenerlo en el tiempo, darle continuidad para consolidar los cambios obtenidos, corta estancia de algunas internas.
- e. Organización del propio Centro* (aludida cinco veces): realización de otras actividades que impiden a las mujeres acudir a las sesiones del programa, la

asistencia intermitente de las internas, la interrupción del tratamiento por cuestiones regimentales, la no ocupación de todas las plazas disponibles, la hora y día en que se realiza el programa.

- f. Metodología, estrategias y actividades** (citadas tres veces): necesidad de aumentar el número de actividades para trabajar diversas temáticas, variarlas e intentar otras distintas, conseguir trabajar fuera del Centro siempre que sea necesario de acuerdo con los objetivos del programa.
- g. Evaluación del programa** (aludida tres veces): no se suelen valorar los resultados del programa ni la generalización de los logros, ni se hace seguimiento de la interna una vez excarcelada.
- h. Los profesionales** (citados solo una vez): poca formación de los terapeutas en la intervención con mujeres presas y con mujeres que han sufrido violencia machista.

Es evidente que los programas poseen debilidades que se convierten en barreras para su eficacia. Muchas de las indicadas se refieren a la escasez de recursos o a la política organizativa de los Centros y, en ambos casos, la solución no está en la mano de los profesionales. Pero hay otras en las que pueden y deben intervenir, como adecuar los programas al perfil de las mujeres presas fundamentándolos teóricamente, mejorar las actividades, hacer una verdadera evaluación de los resultados y exigir poseer formación específica para intervenir con mujeres presas.

2. Conclusiones

La aplicación de este cuestionario cuantitativo y cualitativo a un buen número de profesionales que trabajan en los Centros penitenciarios con mujeres presas tenía como objetivo recabar su opinión sobre algunos de los programas más importantes, a su juicio, que venían desarrollándose en orden a conseguir el objetivo fundamental de la reinserción social de las presas entendiendo que los programas son instrumentos idóneos para este fin. A lo largo de este capítulo se ha intentado plasmar su respuesta habiendo destacado sólo aquellos datos considerados más interesantes. Algunas conclusiones sintéticas podrían ser las siguientes:

El número total de Centros penitenciarios cuyos profesionales participaron rellenando voluntariamente el cuestionario fue de 21, repartidos por toda la geografía española. El total de programas al que hicieron referencia fue de 43.

El tipo de Centro donde se aplicaban estos programas fue predominantemente el que se denomina de medio cerrado (31 programas) frente a los llamados de medio abierto (12 programas).

En cuanto a las áreas de intervención para la reinserción social, la que ocupa el primer lugar, de forma destacada, es la drogodependencia (catorce programas) siguiéndole a continuación la del género (once, varios de ellos claramente terapéuticos) y la educación (nueve). Los aspectos laborales ocupan el cuarto lugar con siete programas, la mitad de los referidos a la drogodependencia. Estos datos muestran la tendencia prevalente en la

intervención con las mujeres presas y confirman la mayor presencia de enfoques psicoterapéuticos y de salud.

En consonancia con la tendencia en las áreas, un número muy importante de objetivos de estos programas se refiere a la drogodependencia (37 objetivos), siguiéndole la categoría genérica denominada reinserción social (con 31), el tema del género (con 24) y la reinserción laboral (con 22). Hay muy pocos objetivos referidos al tema familiar.

La participación e implicación de las mujeres en las actividades propuestas han sido elevadas en 39 de los 43 programas. Este hecho se revela interesante y muy alentador en la intervención con mujeres de un perfil sociopsicológico tan peculiar constituyendo una de las mayores fortalezas dentro de los procesos de cambio.

El número de mujeres participantes en cada programa es variable: en 27 programas se inscribieron entre uno y veinte, pero en ocho de esos 27 el número fue de uno a cinco lo cual plantea el alto coste de estos programas. En otros ocho la inscripción osciló entre 41 y 90, número que deja entrever problemas para atender correctamente a las mujeres en sus necesidades. No hay datos para saber por qué se apuntan tan pocas o demasiadas mujeres en determinados programas.

Por lo que se refiere a los recursos humanos que intervienen en estos 43 programas su número asciende a 241. De éstos, 97 son voluntarios, 83 son profesionales que acuden desde el exterior (ONGs) y 61 que trabajan en los Centros penitenciarios. En cuanto al género, 191 son mujeres (79,3%) y 50 hombres (20,7%). Es evidente el protagonismo de la mujer haciendo estas intervenciones. En cuanto al perfil profesional de estos recursos, son Psicólogos los que trabajan en 18 programas, Trabajadores sociales en ocho y Educadores sociales en 4. De donde se deduce que la intervención ha venido siendo confiada preferentemente a Psicólogos y Trabajadores sociales.

Entre los tipos de evaluación más utilizados se encuentran la evaluación inicial o de diagnóstico que se hace en veintiocho programas, la de proceso en diez y la final en uno. Por consiguiente, la evaluación se revela como uno de los puntos más débiles de estos programas a mejorar con urgencia.

Las mujeres participantes en estos programas acarrear consigo un conjunto de problemas psicológicos de personalidad, relación, educación y salud que constituyen un perfil problemático que dificulta la realización de estos programas y la consecución de los objetivos o que los logros permanezcan en el tiempo. A veces esto influye negativamente en la labor de los profesionales.

En orden a mejorar las intervenciones habría que optimizar la atención que se les presta a las mujeres por parte de los profesionales priorizando la individualizada; así mismo el problema de las drogodependencias no termina de ser satisfactorio. Otras dos áreas necesitadas de intervención serían la de la inmigración y la familiar (convivencia con la familia de origen y la formada durante la estancia en la cárcel). Un punto muy importante consiste en mejorar la adecuación de los profesionales para trabajar con la mujer presa incluyendo esto una formación específica y continua.

Referencias bibliográficas

- Almeda, E. (2003). *Mujeres encarceladas*. Barcelona: Ariel.
- Antúnez, S.; Carmen, L. M.; Imbernón, F.; Parcerisa, A. y Zabala, A. (1997). *Del proyecto educativo a la programación de aula*. Barcelona: Graó.
- Hernández, P. (1989). *Diseñar y enseñar. Teorías y técnicas de la programación*. Madrid: Narcea/ICE Universidad de La Laguna.
- Yagüe, C. (2006). Mujeres encarceladas. En A. Calvo Salvador, M. García Lastra y T. Susinos Rada (Eds.), *Mujeres en la periferia: algunos debates sobre género y exclusión social* (pp. 121-145). Barcelona: Icaria.
- Yagüe, C. (2007). Mujeres en prisión. Una intervención penitenciaria basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 5, artículo 4, 1-24.

¹ Este listado de categorías fue ideado para clasificar las respuestas debido a la multiplicidad de las mismas.

² Esta categoría engloba cambios de diversa índole, pero abundan más los referidos a la educación y reeducación social como: “Incorporar conductas de vida normalizada”, “Asumir responsabilidades”, “Conseguir cambios de actitudes”, “Revisar los valores personales”, “Adquirir habilidades sociales”, “Mejorar las relaciones personales”.

³ Algunos ejemplos de objetivos: “Adquirir la conciencia de igualdad entre hombres y mujeres”, “Asumir haber sido víctimas de la violencia de género”, “Adquirir las herramientas necesarias para afrontar la violencia de género”, “Generar estrategias de empoderamiento”, “Prevenir el riesgo de sufrir violencia de género”, “Paliar las consecuencias de esta violencia”.

⁴ Incluye objetivos como “Adquirir conocimientos laborales”, “Adquirir una formación laboral”, “Conseguir un trabajo normalizado”, “Adquirir hábitos de búsqueda de empleo”, “Adquirir habilidades para buscar y mantener un empleo”.

⁵ Sumadas las mujeres que han sido categorizadas como drogadictas activas o en tratamiento o exdrogadictas.

⁶ Incluyendo en estos porcentajes a todas las mujeres que han elegido la opción “A veces”, “Con frecuencia” y “Siempre”.

⁷ Funcionarios de Instituciones Penitenciarias con plaza ganada por oposición.

⁸ Profesionales contratados por ONGs que hacen intervenciones con las mujeres presas y que acuden desde el exterior a los Centros penitenciarios.

⁹ Personas que ayudan voluntariamente en las intervenciones y que pueden ser o no profesionales. En este análisis se engloban genéricamente dentro de la categoría de profesionales.

¹⁰ Conviene recordar que la evaluación puede ser inicial o de diagnóstico, de proceso, aquella que se realiza mientras se desarrolla el programa y, final, que se hace al término del mismo. A estos tres tipos de evaluación se le suele añadir otro, muy útil en ciertos casos, que consiste en el seguimiento de los resultados. La evaluación de la eficiencia, aunque muy útil en el caso de estos programas, no puede ser aludida aquí por motivos de no haber sido contemplada en el cuestionario.

¹¹ Ver el apartado 1.1.2. *Objetivos de los Programas*.

¹² Las formas de seguimiento no son excluyentes; en un programa pudo haber varias.

Reinserción laboral de las mujeres en prisión. Feminización de la pobreza en las reclusas y el tratamiento sociolaboral penitenciario

FRANCISCO JOSÉ DEL POZO SERRANO
Universidad del Norte, Colombia

Introducción. Los programas sociolaborales en el tratamiento penitenciario

El tratamiento penitenciario con mujeres se ha caracterizado tradicionalmente en el marco internacional, europeo y español, por participar de algunas carencias profundas en relación a la adecuación de las características específicas de las presas: *riesgos* (necesidades, carencias, etc.) y *potenciales* (capacidades, habilidades, motivaciones, etc.); así como de las desigualdades de género sufridas como mujeres previas al internamiento penitenciario; y como delincuentes tras la comisión delictiva.

El tratamiento penitenciario español, tuvo importantes avances a partir de varias recomendaciones e informes especializados en la materia (Fundación Surt, 2005; Defensor del Pueblo andaluz, 2006; Parlamento Europeo, 2008; etc.). La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) y otras administraciones generaron planes y medidas que redujeran las discriminaciones (como el *Plan de Igualdad entre mujeres y hombres* en el Medio Penitenciario y otras acciones), con algunas mejoras especialmente significativas en lo relativo a la dimensión sociolaboral. En el estudio, hacemos un análisis teniendo en cuenta los consumos de drogas de las mujeres reclusas desde los cuatro perfiles ya conocidos: NA (No adictas), EX (Ex adictas) AA (Adictas Activas) y PMM (en programas de mantenimiento de metadona), previamente explicadas en el capítulo inicial.

1. Feminización de la pobreza: roles tradicionales de género, vida laboral precaria y “suelo pegajoso”

Las mujeres reclusas a nivel mundial, europeo y español, tienen un perfil de baja peligrosidad (tráfico de drogas y delito contra la propiedad privada) (Añaños-Bedriñana, 2010; Yagüe, 2010). Este capítulo presenta cómo se producen algunos factores condicionantes característicos de la *feminización de la pobreza* que pueden incidir en la comisión delictiva por razones socioeconómicas, y que independientemente de la vinculación que exista con la historia criminológica, dibuja situaciones de exclusión social en las vidas de estas mujeres.

Desde los enfoques clásicos de la exclusión (Lenoir, 1974), la variable *empleo* (entendido normalmente como trabajo remunerado y con cotización a la Seguridad Social), se considera necesaria para que la persona pase de una zona de vulnerabilidad a

otra de inclusión o exclusión social (Castel, 1997). En estos procesos, la población penitenciaria, cuenta con mayores problemas para el bienestar sociolaboral (acceso, permanencia y promoción), que suponen unas historias previas al internamiento repletas de entornos disruptivos y dificultades. Estas multiproblemáticas se agudizan –por lo general– durante el internamiento penitenciario a partir de los desarraigos (sociales, familiares, laborales, vitales...) y las consecuencias negativas del encierro.

Así, para Paugam (1996), la exclusión se relaciona con el proceso de descualificación del subempleo que rompe con los lazos sociales; Portilla (2009), resalta la dificultad que alguna población o colectivos determinados presentan en los itinerarios de inserción por encontrarse al margen de la productividad en el mercado laboral o la Comisión Europea (2003) que define en un enfoque más amplio y de proyección socioeducativa y sociolaboral, la *exclusión social* como “un proceso que relega a algunas personas al margen de la sociedad y les impide participar plenamente debido a su pobreza, a la falta de competencias básicas y oportunidades de aprendizaje permanente, o por motivos de discriminación. Esto las aleja de las oportunidades de empleo [...]” (p.9).

1.1. Las mujeres, sostenedoras de la economía familiar

Para analizar el enfoque sociolaboral del tratamiento penitenciario, debemos tener en cuenta la capacidad adquisitiva de las mujeres y sus familias; y por tanto, los ingresos económicos con los que cuentan previamente al internamiento. Los datos resultantes de la investigación, fortalecen las perspectivas que evidencian el rostro mayoritario de feminización de la pobreza de las reclusas, ya que más de la mitad de esta población está por encima del baremo general de pobreza.

En la investigación, si se suman las mujeres cuyos ingresos van desde menos de trescientos hasta mil euros al mes, vemos que más de la mitad (312), el 58%, tienen unos ingresos que las colocarían dentro de una situación general de *pobreza*, en un país donde en el año 2012, el 21,1% de la población residente en España está por debajo del umbral de riesgo de pobreza en 2012 (INE, 2012). A pesar de ello, son las mujeres –aun siendo en gran número amas de casa exclusivamente–, las principales sostenedoras de la economía familiar.

Estas actividades de sostenimiento, bien pueden estar relacionadas con comisiones delictivas o con otras actividades laborales tales como hostelería, agricultura, limpieza, etc. Al preguntar a las mujeres *quiénes aportaban los ingresos de la familia cuando entraron en prisión*, responden: en primer lugar, las propias mujeres 150 casos (27,09%); en segundo lugar, los esposos, 122 de los casos (22,7%), y en tercer lugar, las madres de ellas en 83 de los casos (15,4%). Por detrás de las madres, en un cuarto lugar, aparecen los padres con 71 de los casos (13,2%). En las otras opciones aparecen sin especificar 51 de los casos (9,5%); las abuelas y abuelos: 14 (2,6%), y los hermanos y hermanas: 11 (2,0%).

Por tanto podemos concluir a partir de estos resultados que ellas son, muy por encima del resto de miembros de la familia, las que aportan el dinero al sustento familiar.

Posteriormente estarían las madres, los maridos/parejas y los padres. Esta responsabilidad, además relaciona otro de los factores que potencian la discriminación de género, como es el modelo sociofamiliar de “*suelo pegajoso*” (Torres y Pau, 2011), es decir, aquellos cuidados y atenciones familiares que no permiten el acceso y/o la promoción de las mujeres en el mundo sociolaboral.

Es interesante destacar igualmente, que son las mujeres AA las menos autónomas ya que son sus madres las que ingresaban el dinero a la familia (23,2%); en segundo lugar sus parejas (23,2%) y en tercer lugar ellas con un 14,5%. Situación que no se da en los otros tres casos de perfiles de mujeres, que ingresaban ellas mismas el sustento. Sigue siendo la figura femenina, en este caso las madres de las consumidoras, las que en primer lugar sostienen a las hijas que tienen problemáticas de abuso de sustancias, lo que resalta de nuevo la responsabilidad femenina de la familia y de los cuidados.

1.2. Precaridad laboral y roles tradicionales de género

El perfil de feminización de la pobreza en las mujeres reclusas se acentúa igualmente en lo relacionado con la dimensión sociolaboral. La mayoría de las mujeres (325), han tenido una vida laboral *no cualificada* previa al internamiento, relacionada con el mundo de la hostelería o de actividades vinculadas a roles tradicionales de género.

En el caso de las mujeres que han trabajado, nos encontramos con que el sector prioritario de trabajo es la hostelería con 110 mujeres. La mayoría de los trabajos que realizan previamente al momento del internamiento, lo han hecho en familias profesionales, sectores y funciones tradicionalmente asociadas a las mujeres: hostelería, limpieza, atención sociosanitaria, etc. tal y como se nos presenta del mismo modo en los informes y en la literatura internacional o nacional al respecto; es una realidad similar en Europa que se perpetúa durante el internamiento (Yagüe, 2002; Almeda 2005; Combessie, 2005; Del Pozo, 2010; 2012). Ellas manifiestan en su formación y acción sociolaboral en prisión:

“Hice un cursillo de cocina pero ya está” (AA_E103). “Uff, muchas cosas; cocinera, limpiadora de casas, ama de casa, empresa de limpieza, en Servilinz, en Torcal [...]” (EX_E209). “De cocinera y de limpiadora” (EX_E303).

Si analizamos por perfiles de consumo de drogas (Gráfica 9), entre las EX (116 mujeres: 59,8%) y las NA (149 mujeres: 70,6%), encontramos que la mayoría de las mujeres (265), se encontraban trabajando antes de entrar en prisión, lo que manifiesta que la abstinencia, es un factor de protección en una vida laboral activa. Hay que hacer destacar que en este caso de las NA, no aparece la prostitución, ni la actividad delictiva como formas de adquisición de dinero.

En relación a los perfiles profesionales-laborales de las EX, debemos decir que la mayoría se han dedicado a la hostelería (37) 19,1%, posteriormente, han sido limpiadoras; comerciantes y vendedoras o vendedoras ambulantes. Las otras formas disruptivas o de riesgo para conseguir el dinero están relacionadas con prácticas

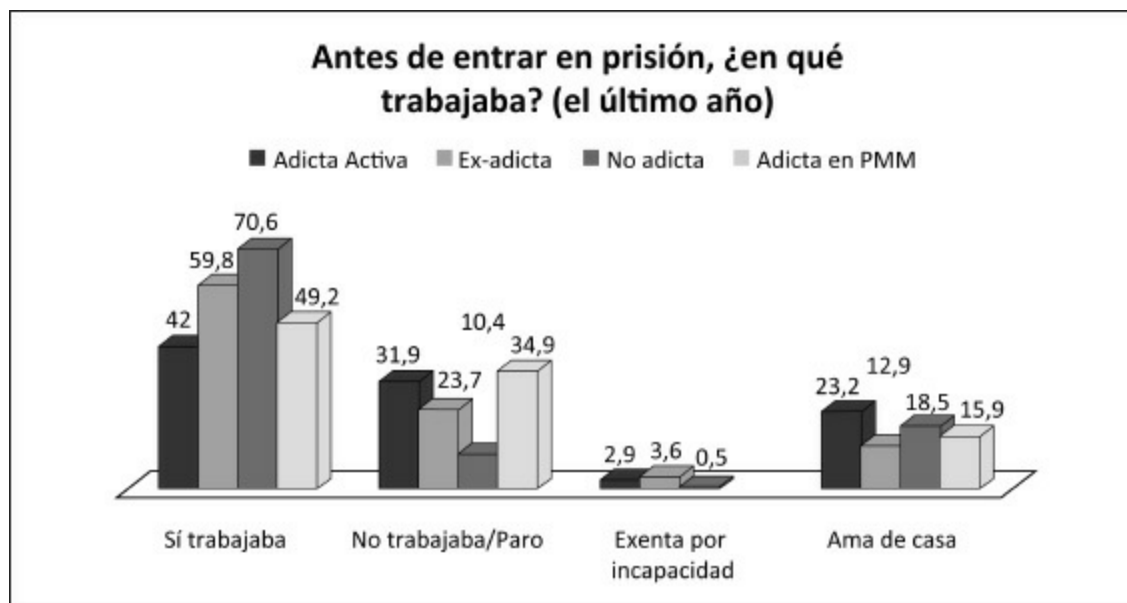
delictivas: (seis) 3,1% y con la prostitución: (ocho) 4,1%.

Las mujeres que se encontraban trabajando y que actualmente participan de unos programas de mantenimiento de metadona PMM (31), son prácticamente las mismas que las AA (29). Los perfiles profesionales son muy similares a las EX y las actividades económicas como la prostitución son ejercidas por pocas (cuatro mujeres) 6,3%; o los trabajos ilegales (tres) 4,7%. La mayoría de mujeres que no necesitan una cualificación profesional, han desarrollado en su vida laboral anterior al internamiento penitenciario, labores de hostelería; mientras que aquellas que necesitan una mayor cualificación para desarrollar una actividad laboral, se relacionan con la administración.

Por tanto, la vida laboral de las mujeres, especialmente relacionadas con perfiles de consumo de drogas ha sido principalmente de tipo informal y precaria, con actividades tales como venta ambulante o chatarrería; y en algunos de los casos ni ha existido vida laboral. Constatemos este argumento con sus palabras:

“En las ferias y en la chatarra” (MM_E405). “Nunca ha trabajado en nada” (EX_E313). Otra manifestaba: “Nunca he trabajado. Tampoco ha hecho falta en casa. Cuando estaba me ocupaba de cuidar a mi hija” (EX_E407).

GRÁFICA 9. ACTIVIDAD LABORAL EN EL ÚLTIMO AÑO ANTES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO



Fuente: Elaboración propia

2. Programas y actuación sociolaboral: los retos de la in-reinserción

Los programas de tratamiento (intervención en las diferentes áreas de actuación personales y sociales para in/reinserción) en el ámbito penitenciario son múltiples

(habilidades sociales, género, psicológicos, familiares, de salud, drogodependencias, etc.) y existen variadas participaciones de entidades no penitenciarias para llegar a conseguir los objetivos recuperadores (Del Pozo, Añños y García, 2013).

Los programas sociolaborales de tratamiento en el medio penitenciario (Del Pozo, Jiménez y Turbi, 2013), se clasifican en dos grandes tipologías: “La *primera*, donde encontramos un mayor desarrollo de la ES para el empleo o laboral. La *segunda*, encontramos otros programas de menor corte pedagógico, y que se estructuran fundamentalmente en: talleres productivos (con un desarrollo de tareas instrumentales), actividades auxiliares o de mantenimiento (que reconocen todas aquellas tareas de cuidado y mantenimiento de edificios e instalaciones penitenciarias, trabajos en el propio Centro como cocina o economato, etc.); así como el trabajo en el exterior (en trabajos por cuenta ajena mediante colaboración en empresas o prácticas remuneradas, etc.)” (pp 62-63).

En este panorama de posibilidades, encontramos que mientras 378 mujeres han recibido cursos sociolaborales (70,92%) 155 mujeres (29,08%), no los han recibido, fundamentalmente las no EX. En palabras de las mujeres, que expresan la inactividad o improductividad, rescatamos:

“No hay trabajo para nadie ahora, pero no me voy a poner a delinquir ni a vender papelinas. No hay reinserción social. Es mentira” (EX_E212). “Rutinario. Siempre lo mismo [...] Bueno, no haces nada” (EX_E403). “Fatal. Es muy largo el día, es muy largo” (MM_E405).

Aun así, las reclusas que más cursos han recibido han sido las NA (76,60%), lo que potencia el hecho de que la abstinencia, propicia posibilidades de acción e inserción sociolaboral. Paralelamente, nos encontramos con las PMM (74,60%), dato que genera el discurso de que la recuperación progresiva, incide directamente en la inserción laboral. Posteriormente, nos encontramos, con las AA (73,90%), prácticamente al lado de las PMM.

Si tenemos en cuenta la percepción de las mujeres sobre la desigualdad entre mujeres y hombres, podemos concluir:

- ***Actividades para el empleo:*** Dentro de un enfoque más relacionado con la pedagogía laboral o del trabajo, en lo relativo a la formación para el empleo, existe una percepción desigualitaria en relación con las posibilidades de los varones. 161 mujeres, casi un 30%, apuntan que son peores las actividades para el empleo en el caso de las mujeres que de los hombres.
- ***Destinos o trabajos remunerados:*** Comencemos por las posibilidades que perciben las mujeres en esta área de tratamiento tan importante para su inserción socio-laboral y la de sus familias. 205 mujeres (38,1%), piensan que tienen menos destinos o trabajos remunerados que los hombres. También tienen mayores dificultades de acceso en comparación con los hombres. Las razones de estas percepciones podrían ser muchas, pero sin duda, podría influir la relevancia de los varones en los puestos públicos de actividad, la mayoría cuantitativa en las

prisiones, etc.

Estas percepciones sobre las discriminaciones manifestadas, han sido sostenidas por las teorías feministas (Carlen y Worrall, 2004) que muestran cómo las cárceles tienen evidentes déficits con las mujeres reclusas, tal y como expresa la profesora Almeda (2010): “Una escasa y mucho menor oferta de programas especializados o específicos para mujeres; así como una oferta mucho más reducida de talleres productivos y programas ocupacionales” (p. 222).

Si analizamos la participación de las mujeres en las tipologías de programas de formación sociolaboral, encontramos de mayor a menor los siguientes cursos: 1º informática (178 mujeres, 24%); 2º costura (135 mujeres, 18%); 3º búsqueda de empleo y orientación laboral (121 mujeres, 16%), 4º peluquería (109 mujeres, 15%) y hostelería un 12%.

Desde el enfoque de género se observa que las mujeres continúan participando en cursos profesionales basados en estereotipos femeninos, aunque también se constata una elección preferente por cursos relacionados con la inserción laboral como la informática y la búsqueda de empleo. La hostelería aparece en quinto lugar, lo que podría permitir (según el estudio de la vida laboral y profesionalización antes de entrar en prisión), que se continúen reproduciendo los roles tradicionales de género, aunque al mismo tiempo se especializa la formación en un itinerario bastante demandado profesionalmente cuando se incorporaran a la vida en libertad, aunque interrogamos la profesionalización adecuada de la actividad. Así expresa una de las mujeres EX la carencia de tratamiento especializado para el momento de la reincorporación social en medio abierto:

“He aprendido ahí un poco de punto de cruz. Lo que pasa es que nosotras necesitamos algo más profundo porque no vamos a vivir haciendo punto de cruz, necesitamos hacer cosas que nos enseñan a buscarnos la vida, trabajar y ganar dinero” (EX_E207).

Los *programas de orientación laboral y búsqueda de empleo* (que se encuentran con un 16% de satisfacción), no se sitúan entre los primeros puestos. Estas razones pueden deberse a que no se ofertan en todos los Centros, no se hacen verdaderos itinerarios profesionalizadores, y además suelen ser más útiles a medio-largo plazo cuando se comienza el período de semilibertad, por lo que puede producir una menor motivación directa en las mujeres.

Los *cursos de informática*, analizados independientemente por aquellas 91 que lo han realizado, aparecen muy bien valorados. Un 80% de la población los sitúan entre “buenos” y “muy buenos”. La informática aparece como un gran potencial de formación, tanto por las certificaciones que pueden obtenerse, como por la utilización de los recursos multimedia y herramientas digitales dentro de la alfabetización de las mujeres y preparación para el mercado laboral que reclama la formación permanente en este conocimiento y uso. Además tiene buena aceptación en perfiles de mujeres con historial de consumo. Así exponen dos EX:

“Los cursos no están mal, algunos no están mal. Había ofimática, de aprender a leer y escribir” (EX_E410).
“Yo creo que ninguno me gustó [...]. Bueno, informática me gustó bastante. Aprobé. Y ya está” (EX_E104).

La valoración sobre los *cursos de costura* es muy positiva. Algo más alta que la de informática, se sitúan en un 84% de la población entre el “bien” y “muy bien”, lo que describe una fuerte demanda por parte de las reclusas, incluso aunque sigan reproduciendo los roles feminizados. Así expresa una de las mujeres EX su actividad en estos cursos:

“Estoy haciendo punto de cruz, dibujo en hilo y manualidades. ¡Estamos bien! Pues la verdad es que me gustan todos” (EX_E408).

Los *cursos de peluquería* son muy extendidos entre la población penitenciaria femenina (Rostaing, 1997). La valoración positiva es también muy alta. En un 87% la sitúa entre el “bien” y “muy bien”. Estos datos nos hablan de que existe reproducción de los roles laborales tradicionales de género, pero también, la valoración positiva de la peluquería expresa que es un oficio útil para el futuro laboral dentro de un mercado diverso que no siempre requiere cualificación oficial homologada. También podríamos preguntarnos en la perspectiva de género por qué no se ofrecen estos cursos para internos varones, por qué existen en casi todos los Centros infraestructuras para estos cursos y no para otros.

Los *cursos de hostelería*, analizados por las mujeres que los han realizado, están situados en un 87% entre “muy bien” y “bien”, son muy demandados por parte de la población penitenciaria y ofrecen altas posibilidades de inserción laboral en el período de semilibertad. Deberíamos tener en cuenta que la formación que se ofrece de este tipo se desarrolla bien con recursos externos de servicios de ONG’s o de entidades especializadas en empleo colaboradoras de los Centros, o bien por el propio Centro penitenciario. En este segundo caso, no suelen ser oficiales ni homologados en sus certificaciones, por lo que son un hándicap para el acceso laboral posterior.

Los *cursos de jardinería* son valorados positivamente por las mujeres, aunque se sitúan por debajo de las otras opciones comentadas con anterioridad. Entre el “muy bien” y “bien” se sitúan el 76% de las reclusas.

Hay datos que manifiestan el cuestionamiento de la política penitenciaria por la utilidad de la formación laboral en roles tradicionales de género femeninos y feminizados; son los proyectados a partir de la valoración sobre los *cursos de electricidad*. Analizando los datos numéricos, se observa que ninguna mujer valora este curso como “malo”, con un 68% que lo valoran muy positivamente (curso mejor valorado dentro de la opción de “muy bien”) y un 21% como bueno. En total un 89% de las mujeres participantes manifiestan claramente una alta satisfacción con esta tipología formativa. En cambio, los cursos de costura o peluquería tenían un porcentaje de desagrado de una parte de la población participante.

En segundo lugar, atendiendo a estos datos desde el enfoque de género, se ve que la

aceptación que pueda tener la formación profesional recibida de peluquería o costura, se puede asociar con los hábitos desempeñados en la historia familiar y laboral de las mujeres; manifestando el posible conocimiento del hábito o práctica laboral (dentro del marco doméstico donde las han aprendido) a la satisfacción con la realización de estos cursos, reproduciendo las mismas funciones aprendidas en contextos informales o no formales previos al internamiento (Yague, 2002; Almeda, 2010; Del Pozo, 2012). Además, esta salida profesional podría ampliar posibilidades de inserción laboral en un sector masculinizado que atendería a cierto impacto en empresas o mercados de donde se pueda contratar a mujeres, utilizando los incentivos y bonificaciones que pudieran desarrollarse hacia las mujeres en las pequeñas y medianas empresas o en otras modalidades laborales.

Desde la perspectiva de género, los *cursos de electricidad* aparecen como una clave fundamental en el tratamiento sociolaboral en prisiones. En este sentido, encontramos una realidad muy interesante. Ninguna de las mujeres que ha contestado al cuestionario valora como negativos este tipo de cursos. Pero, no siendo suficiente el interés sobre este aspecto, sacamos a la luz uno de los datos más relevantes al respecto en este apartado y es que hay dos perfiles (EX y PMM), que ofrecen su máxima valoración a estos cursos, dando el 100% en la categoría de “muy buenos” a los mismos; las AA aportan el alto porcentaje del 75%.

Esta realidad permite un escenario tremendamente provocador para la acción sociolaboral del tratamiento penitenciario, que pasa por ofrecer alternativas que no perpetúen roles tradicionales de género en las actividades laborales, y que además pueden tener especial incidencia en los procesos recuperadores de la adicción; porque las mujeres que tienen o han tenido perfil de consumo, dan un valor muy positivo a los mismos. Sin embargo, las un 28,6% de las NA lo valoran como “muy buenos”, de una forma mucho más comedida.

Un caso muy parecido ocurre con los *cursos de fontanería* que, sin ser los más valorados, aparecen con una valoración media de “regulares” o “buenos” en la mayoría de los perfiles (50%), lo que nos continúa afirmando la estupenda posibilidad de formación sobre figuras profesionales, actividades laborales y nuevas posibilidades para las mujeres en sus trayectorias e historias de vida laboral, así como reinserción sociolaboral en la reincorporación social. Para finalizar, aunque los *cursos becados* presentan una valoración general positiva (89% como “muy bien” y “bien”), existe un 11% que se posiciona en términos opuestos. Esta valoración negativa podría relacionarse con que se beque a las mujeres que tienen más necesidades económicas, como apunta la siguiente mujer:

“Trabajitos remunerados para la gente que no tenga, no para la gente que tenga y encima le dan un trabajo. No. Para la gente que no tiene” (EX_E403).

3. Conclusiones

Las conclusiones se presentan en dos momentos de la vida de las mujeres y su relación con la reinserción sociolaboral: antes del internamiento penitenciario y durante el mismo.

Previo al internamiento penitenciario: Las comisiones delictivas de las mujeres reclusas son de *baja peligrosidad* y están condicionadas mayoritariamente por factores socioeconómicos (principalmente, tráfico de drogas).

En relación a la vida laboral y profesionalización, encontramos otros factores de profunda *feminización de la pobreza y modelo de “suelo pegajoso”*: baremo general de la pobreza, bajo nivel cultural, poca cualificación profesional y vida laboral precaria; cuidados y sostenibilidad familiar que dificulta el acceso y promoción en el mercado de empleo.

La *experiencia profesional*, antes de su internamiento, se basa fundamentalmente en actividades informales (hostelería, limpieza, venta ambulante, etc.), que no implica un desarrollo de la vida laboral activa y la profesionalización necesaria para la incorporación o reincorporación en el mercado activo de empleo.

Durante al internamiento penitenciario: Existe una mayor participación en los cursos de *informática* (24,15%) aunque casi el 30% de la población no participa de *itinerarios de orientación y formación sociolaboral*.

Los *roles tradicionales de género* en el campo profesional, permanecen en prisión, fundamentalmente a partir de los cursos de costura (18%), peluquería (15%) y hostelería (12%), aunque pueden servir para profesionalizarse en el mercado de trabajo. Los cursos de electricidad y fontanería son especialmente significativos para los perfiles de consumidoras que los valoran muy positivamente, por lo que podrían trabajarse estos ámbitos como factores de protección.

Las mujeres perciben que los *hombres tienen un lugar privilegiado en la reinserción sociolaboral* que desequilibra el acceso, permanencia y promoción de las mujeres a *programas de educación sociolaboral y actividades para el empleo* (38%), así como a *trabajos remunerados* (38%) dentro del medio penitenciario.

Referencias bibliográficas

- Almeda, Elisabet (2005). Pasado y presente de las cárceles femeninas en España. *Sociológica. Revista de Pensamiento Social*, 6, pp. 75-106.
- (2010). Privación de libertad y mujeres extranjeras. Viejos prejuicios y nuevas desigualdades. En Fanny T. Añaños (coord.), *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto* Barcelona: Gedisa, pp. 201-234.
- Añaños-Bedriñana, Fanny T. (2010). Mujeres presas y su relación con las drogas. Implicaciones desde la Educación Social. En Fanny T. Añaños (Coord.), *La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto: Las mujeres en las prisiones*. Barcelona: Gedisa, pp. 77-100.
- Carlen, Pat y Anne, Worrall (2004). *Analysing women's Imprisonment at the Millenium*. London: Macmillan.
- Castel, Robert (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- COMISIÓN EUROPEA (2003). *Informe conjunto sobre la inclusión social en el que se resumen los resultados del examen de los planes nacionales de acción en favor de la inclusión social (2003-2005)*. Com (2003/773

- final*). Bruselas: Comisión Europea. Accesible en <http://www.maec.es/SiteCollectionDocuments/Espana%20y%20la%20Union%20Europea/Políticas%20> [Consultado el 1 de Febrero de 2010].
- Combessie, Philippe (2005). *Femmes, intégration et prison: analyse des processus d'intégration socioprofessionnelle des femmes sortant de prison en Europe*. Paris: Faire.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2006). *Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía*. Sevilla: Informe especial al Parlamento.
- Del Pozo, Francisco José (2010). La evolución histórica y proyección de los contextos penitenciarios materno-filiares como espacios socioeducativos. En Francisco José del Pozo Serrano, Fanny Añaños, Iosifina Mavrou y Diego Sevilla (Coords.), *Educación, salud y drogodependencias: Enfoques, programas y experiencias en ámbitos de exclusión*. Madrid: Drugfarma, pp. 245-260.
- (2012). Acción Socioeducativa en el Medio Penitenciario con mujeres y madres reclusas: Realidades y desafíos desde un enfoque de Género. En Emilio López (Dir.), *Mujeres y educación social: Teoría y praxis para la intervención socio-educativa*. Madrid: UNED, pp. 53-69.
- Del Pozo, Francisco José; Jiménez, Francisco y Turbi, Ángel Manuel. (2013). Los programas de tratamiento: Actuación socioeducativa y sociolaboral en prisiones, *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (22), pp. 55-72.
- Del Pozo, Francisco José; Añaños-Bedriñana, Fanny y García-Vita, Mar (2013). *El tercer sector y las entidades no penitenciarias en los procesos de reinserción: El tratamiento penitenciario desde las mujeres reclusas y el personal profesional*. En Susana Torío,
- Fundación SURT (2005). *Mujeres, integración y prisión*. Barcelona: Aurea.
- Instituto Nacional de Estadística. INE (2012). Notas de prensa. Accesible en <http://www.ine.es/prensa/np740.pdf> [Consultado el 1 de Septiembre de 2013].
- Lenoir, R. (1974/1989), *Les exclus: un français sur dix*, Editions du Seuil: Paris.
- Omar García-Pérez, José Vicente Peña y Carmen M^a Fernández (Coords.), *La crisis social y el estado del bienestar: las respuestas de la Pedagogía Social*. Gijón: Universidad de Oviedo, pp.428-435.
- ONODC (United Nations Office of drugs and crime) (2010). *Crime prevention and criminal justice*. Accesible en <http://www.unodc.org/unodc/search.html?q=WOMEN+IN+PRISION> [Consultado el 2 de Noviembre de 2012].
- Paugam, Serge (Ed.) (1996). *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris: La Decouverte.
- Parlamento Europeo (2008). *Informe sobre la situación especial de las mujeres en los centros penitenciarios y las repercusiones de la encarcelación de los padres sobre la vida social y familiar*. Accesible en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2008-0033+0+DOC+PDF+V0//ES> [Consultado el 2 de Abril de 2011].
- Portilla, Francisco Javier (2009). Nuevas alternativas para la integración sociolaboral. Salamanca: XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, pp. 88-89.
- Torres, Obdulia y Pau, Bernadette (2011). “Techo de cristal” y “suelo pegajoso”. La situación de la mujer en los sistemas alemán y español de ciencia y tecnología. *Revista CTS*, 6(18), pp. 35-59.
- Yagüe, Concepción (2002). Mujer: delito y prisión, un enfoque diferencial sobre la delincuencia femenina. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 249, pp. 135-169.
- (2010). Panorama actual de la situación de las mujeres y madres en los centros penitenciarios españoles. El programa de igualdad. En Fanny T. Añaños (coord.), *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Gedisa, pp.183-200.

Fortalezas y debilidades de los programas de tratamiento de drogas en las cárceles españolas desde la perspectiva de las mujeres drogodependientes

IOSIFINA MAVROU
Universidad Abierta de Chipre

Introducción

Las mujeres presas drogodependientes son un colectivo afectado por la exclusión, la marginación o inadaptación, que hasta el momento no ha recibido la atención formativa suficiente de la Educación Social (Pantoja Vargas, 2010:123). Este colectivo demanda una atención educativa integral desde la Educación Social y de profesionales formados como educadores sociales.

En este capítulo se va a examinar el trabajo que se realiza en los Centros penitenciarios desde el ámbito de la Educación Social y, especialmente, los programas de tratamiento de drogas. La mayoría de los programas son terapéuticos y están diseñados y pensados con un carácter generalista, es decir, para cubrir las necesidades del colectivo que demanda más atención entre la población toxicómana y presa, los hombres. Se ha extendido la idea de que la adicción es una cuestión más bien masculina sin pensar que las mujeres drogodependientes convivían con su problema de forma mucho más oculta y alejada de los sistemas de vigilancia sanitaria (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007:23).

De acuerdo con Del Pozo Serrano y Mavrou (2010:236), la Educación Social penitenciaria con mujeres y madres reclusas e infancia supone la acción socioeducativa de la administración penitenciaria y, fundamentalmente, entidades públicas y privadas, durante el tiempo de internamiento penitenciario, semilibertad y libertad definitiva, mediante programas y acciones individualizados o grupales desarrollados por educadores y educadoras (fundamentalmente no penitenciarios), favoreciendo la recuperación, reeducación y reinserción sociolaboral de las madres y socialización de los menores para la reincorporación a su comunidad.

En España no existen programas de tratamiento socioeducativos integrales adecuados al género y al perfil de las mujeres drogodependientes, según la hipótesis de partida del proyecto de investigación (Ref. EDU2009-13408). En las páginas siguientes no estudiaremos esta realidad sino los programas de tratamiento de drogas que se llevan a cabo en las cárceles y en la opinión de las mujeres presas sobre los mismos.

En los Centros penitenciarios de España estudiados, y de acuerdo con los profesionales, existen trece programas que se refieren al problema de la drogodependencia, los cuales incluyen acciones terapéuticas de atención y tratamiento, desintoxicación y deshabituación, prevención de recaídas, acciones reeducativas y de

apoyo psicológico.

Vamos a presentar en este capítulo la satisfacción o desagrado de las mujeres encarceladas en relación con los programas de tratamiento de drogas; es decir, las fortalezas y debilidades de los programas según la opinión de las propias mujeres. ¿Pueden estos programas apoyar de modo integral a estas mujeres, de modo que cuando salgan, tengan una vida sana y sin consumos?, ¿Qué es lo que realmente necesitan las mujeres presas dentro de la cárcel?

Conforme a las respuestas dadas, varios de los programas que se desarrollan dentro de la cárcel no están adaptados a sus necesidades como mujeres; entre otras cosas, algunas consideran que muchos de los profesionales no son los adecuados para tratar los problemas de drogas, a otras les falta el apoyo familiar, etc. A la vez, hay presas que están satisfechas con el tratamiento que están recibiendo dentro de la cárcel, de los profesionales que les atienden y de las instalaciones, etc. Esta información nos demuestra que hay que tomar en cuenta las demandas y características personales de cada mujer a la hora de aplicar un programa de tratamiento porque no todos los programas valen para todas las mujeres.

A continuación, presentamos los datos derivados tanto de los cuestionarios como de las entrevistas para destacar las fortalezas y debilidades de los programas de tratamiento de drogas en las distintas cárceles de España, según la vivencia de las propias mujeres.

1. Resultados y discusión

Las mujeres encarceladas que se encuentran en programas de tratamiento de drogas (AA, EX y PMM), tanto en los cuestionarios como en las entrevistas, han destacado las fortalezas y debilidades de los programas. Como hemos dicho, nuestro objetivo es hacer visibles los puntos fuertes y débiles de los programas, con el objetivo de tener una visión más clara y diseñar un programa socioeducativo integral.

Hablando de tratamiento, hay que tener en cuenta dos aspectos fundamentales:

1. La importancia de los programas de tratamiento como estrategias durante el internamiento penitenciario para la transformación y mejora, incorporando al conjunto de la comunidad.
2. La concepción del tratamiento desde una perspectiva de intervención psicoterapéutica, que ha estado presente durante mucho tiempo en la intervención de los equipos técnicos y programas de tratamiento. La Pedagogía/Educación Social ha quedado relegada a un segundo plano, sin utilización de los fundamentos, metodologías y acciones propias de este campo, sin asignar además la necesaria imbricación del enfoque de género en las propuestas (Del Pozo Serrano y Mavrou, 2010: 237).

1.1. Tratamiento en los cuestionarios

TABLA 30. TRATAMIENTO DE CUALQUIER TIPO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN

	Sí		No		Pérdidas	Total
	%	N	%	N		N
MUESTRA GLOBAL	36,6	197	62,3	335	6	538
ADICTAS ACTIVAS	47,8	33	50,7	35	1	69
ADICTAS EN PMM	93,8	60	6,3	4	-	64
EX ADICTAS	52,6	102	46,9	91	1	194

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los datos de los cuestionarios, 197 de la totalidad de las mujeres encarceladas (n= 538), es decir el 36,6%, antes de su ingreso a prisión ha recibido alguna vez tratamiento de cualquier tipo para dejar o controlar el consumo de drogas. Si analizamos los resultados en función de las tipologías de consumo establecidas, tenemos que la casi totalidad (93,8%) del grupo PMM participaba en un programa antes de entrar en prisión, mientras que la proporción de participantes se sitúa en torno al 50% tanto en el grupo de EX como en el de AA.

De estas mujeres, el 7,6% terminó su tratamiento estando aún en libertad, es decir 41 mujeres, mientras que el 27,9% no lo hizo por varios motivos.

El 21,9% (n= 118) de las mujeres que ha recibido tratamiento alguna vez en su vida ha seguido en prisión el tratamiento que estaba recibiendo estando en libertad. Si tomamos como el 100% la población que ha seguido el tratamiento, según los datos que aparecen en la **Tabla 31**, el 43,8% son AA, el 50,5% son EX y el 85% son PMM.

TABLA 31. CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO EN PRISIÓN Y ADICCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

	Sí		No		Pérdidas	Total
	%	N	%	N		N
MUESTRA GLOBAL	21,9	118	14,3	77	343 (63,8%)	538
EX ADICTAS	50,5	51	49,5	50	93 (47,9%)	194
ADICTAS ACTIVAS	43,8	14	56,3	18	37 (53,6%)	69
ADICTAS EN PMM	85,0	51	15	9	4 (6,3%)	64

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la información, han seguido su programa de tratamiento de drogas en prisión más mujeres en PMM que AA o EX. Por lo que se refiere a las EX la diferencia es muy pequeña entre las que han seguido el programa (50,5%) y las que no lo han hecho (49,5%), mientras, entre las AA, hay más mujeres que no han querido seguir el tratamiento (56,3%) que las que lo han continuado en prisión (43,8%).

Los motivos por los que entraron en los distintos programas de drogas se visualizan en la **Tabla 32**. Los resultados de esa tabla representan el número de mujeres que continuó el tratamiento en prisión, es decir, el 21,9%. En esta pregunta, las mujeres tenían la oportunidad de marcar varias opciones.

La mayoría (81,3%) de las mujeres que ha seguido el tratamiento expresa que lo necesitaba, el 25,4% porque le ofrecieron entrar en el tratamiento, el 14,4% por la confianza hacia las normas y/o programas de tratamiento y el 11% por la accesibilidad para estar en tratamiento y hacer otras actividades (destino, talleres, etc.).

TABLA 32. MOTIVOS POR LOS QUE LAS MUJERES ENTRARON EN TRATAMIENTO

	MUESTRA GLOBAL		EX		AA		PMM	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Porque lo necesitaba	81,3	96	36,4	43	10,1	12	34,7	41
Porque me ofrecieron entrar en tratamiento	25,4	30	12,7	15	3,3	4	9,3	11
Por la confianza hacia las normas y/o programas de tratamiento	14,4	17	6,7	8	1,6	2	5,9	7
Por la accesibilidad para estar en tratamiento y hacer otras actividades (destino, talleres...)	11	13	3,3	4	2,5	3	5	6

Fuente: Elaboración propia

De las mujeres que lo necesitaban, el 10% son AA, el 36,4% EX y el 34,7% en PMM. Vemos que las mujeres en PMM y las EX tienen más necesidad de continuar un programa de tratamiento en prisión (34,7% y 36,4% respectivamente) que las AA (10%). Esto puede ser debido al hecho que las AA no reconocen su problema con las drogas. De hecho, como hemos visto (**Tabla 32**), el 43,8% de las AA en una de las preguntas formuladas destacan que “no tienen ningún problema con las drogas y no necesitan cambiar”, porcentaje que nos justifica por qué no quieren continuar el tratamiento dentro de la cárcel. La oferta de entrar en programas de tratamiento es casi la misma para los perfiles de mujeres EX y adictas en PMM. Para las mujeres AA la oferta disminuye bastante (3,3%).

Otras presas destacan que han entrado en programas de tratamiento de drogas por otros motivos, como por ejemplo, porque estaba casada, por la maternidad, para desintoxicarse, porque sentía cansada, etc. Situaciones personales como es la maternidad, el embarazo, la estabilidad personal, porque no quería drogas, son motivos que ayudan a la mujer a tomar decisiones de cambio de estilo de vida, especialmente si la mujer tiene o va a tener hijos.

Actualmente, el 27,3% de las mujeres que están en programas de tratamiento de drogas, PMM, (n=147) expresan sus opiniones en la **Tabla 33** donde se presentan las respuestas válidas de las mujeres encuestadas.

TABLA 33. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE DROGAS

	MUESTRA GLOBAL		NO ADICTAS		EX ADICTAS		ADICTAS ACTIVAS		ADICTAS EN PMM	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Malos	5,4	8	4,5	1	5,2	4	9,5	2	3,7	1
Regulares	9,5	14	9,1	2	5,2	4	14,3	3	18,5	5
Buenos	33,3	49	45,5	10	32,5	25	19	4	37	10
Muy buenos	51,7	76	40,9	9	57,1	44	57,1	12	40,7	11
Total	100	147	100	22	100	77	100	21	100	27

Fuente: Elaboración propia

La satisfacción de las mujeres en PMM es obvia, según los datos de los cuestionarios. La mitad opina que los programas de tratamiento de drogas son muy buenos (51,7%). El 57,1% son mujeres EX, el 57,1% AA y el 40,7% pertenece a mujeres en PMM.

Un 33,3% expresa que los programas son buenos, el 9,5% que son regulares y el 5,4% malos. La mayor satisfacción sobre los programas la expresan las mujeres en PMM con un porcentaje de 37% afirmando que son buenos y 40,7% que son muy buenos. En las mismas categorías, un 19% de las mujeres AA y un 57,1% expresan que son buenos y muy buenos respectivamente. El porcentaje de desagrado con los programas de drogas es pequeño y se expresa por todos los perfiles de mujeres.

Esta información demuestra que los programas de tratamiento de drogas en las prisiones de España ayudan a las mujeres a superar sus problemas con las drogas y les ofrecen la oportunidad de cambiar su estilo de vida dentro de la cárcel.

Para finalizar con los datos de los cuestionarios, llegamos a la conclusión que, aunque haya problema de drogadicción dentro de la cárcel, solamente un 21,9% quiere recibir tratamiento dentro de ella. De las que están recibiendo tratamiento, un porcentaje de 51,7% está muy satisfecho con los programas ofrecidos, hecho que nos manifiesta el agrado de las mujeres.

1.2. El tratamiento en las entrevistas

Algunos de los programas mencionados por ellas son: el “Proyecto Hombre”, el “Ateneas”, programa de tratamiento con metadona, Libre de Drogas, etc. Pero, ¿qué es lo que realmente les gusta del programa? Algunas de las respuestas recibidas son:

“Es bueno porque he visto a gente que sí se ha rehabilitado. Yo es que no he querido dejarlas. Hasta que me he visto aquí dentro, no me he dado cuenta de lo que estaba haciendo” (AA_E208).

“Muchos efectos secundarios de la metadona y que el equipo es muy bueno... para los pocos recursos que tienen, es muy bueno” (AA_E305). “[...] él está trabajando con un grupo de cincuenta y lo saca, sin funcionarios, con un gran respeto. Es maravilloso, maravilloso. Es el mejor. A mí me lo quitan y me mueren aquí dentro. Hablo con el director, lo busco por donde sea. Les tengo mucho respeto a los profesionales aquí” (EX_E404).

Según los testimonios, las mujeres confían en que el programa les puede ayudar a salir de la droga bien porque ven resultados en ellas mismas o porque conocen a gente que se ha desintoxicado; otras, porque confían en los profesionales y reconocen su apoyo. Por otra parte, algunas expresan sus dificultades y las limitaciones del programa, hecho que demuestra la necesidad de un programa donde las mujeres puedan encontrar más apoyo emocional y cubrir sus necesidades como mujeres. Algunas de las respuestas más llamativas son las siguientes:

“Muy escaso, muy escaso. Falta más apoyo a las chicas, porque solamente vienen un día. Ahora ya ni vienen. Yo porque estoy con la psicóloga del módulo 14, pero las chicas, las que venían del Proyecto Hombre, ya ni vienen. Y la psicóloga me ve cada cierto tiempo... pero de las drogas y eso no se habla” (EX_E412). “Bueno, pues normal. Bueno, no tienes un seguimiento psicológico, abres la persianita, te dan tu metadona y ya está. Básico, me parece básico” (PMM_E502).

Lo que piden las mujeres (EX, AA y PMM) es un programa integral que cubra sus necesidades personales, familiares, laborales; en el que puedan participar de una forma más activa y tengan la oportunidad de expresar su opinión. Del mismo modo, quieren programas que sean aplicados por mujeres profesionales y no por hombres. Este dato manifiesta que algunas mujeres se sienten más cómodas al expresarse con personas del mismo sexo.

Hemos preguntado también a las mujeres si piensan que el programa está adaptado a sus necesidades y problemas como mujer. Nos han dado algunas respuestas muy interesantes que exponemos a continuación. Algunas expresan su satisfacción:

“Sí, me ha gustado, lo he visto completo.” (AA_E103). “Había de todo.” (AA_E108). “Hombre, hasta ahora sí, me están ayudando mucho. Pues, a lo mejor, cómo decirte, he trabajado mi problema, hacemos reuniones, yo participo mucho, cuento lo que me ha pasado, sacas tus conclusiones y como mujer yo veo que a mí por lo menos me está ayudando, hasta el momento. Luego ella me está ayudando para el tercer grado, me lo van a adelantar para ir a una Comunidad porque yo quiero ir a una Comunidad. Porque es un problema que voy a tener para toda la vida, yo nunca puedo bajar la guardia, es un día-día. Yo no puedo decir, “yo ahora no tengo problema”, ni puedo probar la droga ni un día porque si yo la pruebo un día yo me voy a enganchar. No me puedo engañar yo misma. Es como el alcohólico, no puede tomar una copa de alcohol porque se va a emborrachar” (EX_E102). “Sí, la verdad sí. Sí creo que está totalmente adaptado. Igual para un hombre que para una mujer. Porque al fin y al cabo somos iguales, somos humanos y las estructuras, actividades y terapias de grupo son para mujer y hombre” (EX_E211).

Al contrario, hay mujeres que destacan las debilidades de los programas. Unas de las respuestas más interesantes expresan la dificultad que tienen a la hora de expresar historias personales como el maltrato, las violaciones durante la infancia, etc. Igualmente, otras dicen que los programas mixtos no les ayudan porque tienen relaciones sexuales entre ellos, otras expresan la falta de profesionales, etc.

“En los CAD están bastante adaptados a las personas. A la mujer le cuesta más. No se averigua el origen de la drogadicción, si has tenido problemas de infancia, violaciones, maltrato psicológico...” (EX_E212). “En el Centro a donde voy es mixto y este tipo de centro no debe de ser mixto. Cuando entras en un centro como el de Valls, lo primero que te prohíben son relaciones sexuales. Como te lo quitan todo, pues haces sustituciones. Estuve en un centro en que había catorce chicos y dos chicas y, claro, me había acostado con

varios. Y entonces no sirve, porque no enfocas realmente la problemática de cómo salir de la droga” (EX_E214). “No saben. Directamente no saben. No tienen idea. No son médicos con una experiencia en tóxicos. Son médicos de cabecera que vienen de algún sitio, no se sabe de dónde, porque en su vida han visto, y diagnosticado y tratado a un toxicómano, jamás. De los que yo he visto había unos diez, en cinco años que he estado” (EX_E401). “No. Falta más apoyo a las chicas, porque solamente vienen un día” (EX_E412).

Del mismo modo, las mujeres dicen que la falta de espacio y presupuesto no permite a los profesionales la oportunidad de desarrollar muchas actividades, tampoco se comportaban bien y, en algunos programas, gritaban a las presas y les exigían cambiar, algo que no les gustaba. Hacen falta profesionales que sepan tratar bien y con respeto a las presas, expertos con más sensibilidad y apoyo; gente especializada formada en drogas y que conozca las dificultades que afronta una persona adicta.

En un caso, una mujer EX expresa la falta de mujeres presas en los programas cuando los hombres acuden con más frecuencia. ¿Por qué las mujeres no se apuntan?, ¿Será porque los propios programas no toman en cuenta sus dificultades personales? ¿O porque, simplemente, hay programas grupales que no toman en cuenta la diferencia entre los dos géneros?

Aparte de las debilidades, casi todas las mujeres entrevistadas encuentran algunas características de los programas de tratamiento de drogas que les gustan. Lo que más les agrada es la temática de los programas y el trabajo en grupos terapéuticos, el hecho de que les enseñan a ser unas personas positivas y cambiar su estilo de vida; la dedicación de las terapeutas y las salidas terapéuticas que tienen, la confianza que se crea entre presas y profesionales, el sentimiento de cercanía como en una familia y la oportunidad de poder compartir momentos más íntimos. Algunas de las respuestas son las siguientes:

“Que me enseñaron a quererme a mí misma, a valorarme, a conocerme, a adorarme, eso me gustó mucho. A que no te dé vergüenza decir el motivo de por qué haces lo que no debes. A hablar con toda la confianza, a que no te dé vergüenza hacer una terapia con un grupo y decir que reconozco que tengo este problema, soy así. A reconocer cómo tú eres en realidad, ¿no? Eso fue lo que más me gustó, ¿no? A no esconder” (AA_E108). “La primera de las cosas es lo que tú puedes aprender en un programa, el conocimiento que tú puedes adquirir sobre tu vida y lo que puedes hacer con este conocimiento y la dedicación que se tiene con los presos como nosotros, es fenomenal, impresionante, remarcable, claramente son gente muy dedicada y para mí eso es superpositivo” (EX_E211).

Se preguntó también qué cambiarían en los programas; contestaron que harían programas de tratamiento mixtos para conocer mejor a los hombres y porque ellos “le ponen más ganas y son más constantes”. Del mismo modo, que hubiese más tratamiento psicológico y psiquiátrico; otras proponían más tiempo libre.

Cada mujer expresa sus propias necesidades y lo que considera importante para cambiar en el programa. Todos estos son elementos que hay que tener en cuenta a la hora de trabajar con estas mujeres en un programa específicamente diseñado para ellas teniendo como objetivo, dentro de otros, reforzar los factores protectores y disminuir las posibilidades de una recaída dentro o fuera de la cárcel. Lo que opinan las mujeres son elementos que en algunas ocasiones les ayudarían a reforzar sus factores de protección y

minimizar los factores de riesgo.

Dos presas EX proponen lo siguiente:

“Estamos divididas por grupos y yo pienso que estamos un poquito mezcladas, porque hay mujeres que todavía siguen diciendo que ellas quieren droga. Entonces, sería mejor dividir esos grupos y poner el grupo que todavía quiere consumir a un lado. Es lo único que cambiaría, cada grupo en su sitio” (EX_E310). “No sé si ahora seguirán haciendo las asambleas con las familias, pero me han comentado que no están haciendo tanto. Me gustaría que también en algunas asambleas intervinieran con las familias. Creo que eso ayudaría bastante” (EX_E408).

2. Conclusiones

De acuerdo con los datos expuestos, concluimos que según la información, el 36,6% de las mujeres encarceladas acudió a programas de tratamiento antes de su ingreso a prisión. El 21,9% de estas mujeres siguió el programa de tratamiento dentro de la cárcel.

De las mujeres que han seguido en prisión el tratamiento de drogas (21,9%), un 50,5% son EX, el 43,8% son AA y el 85% son adictas en PMM, hecho que nos demuestra la voluntad de desintoxicarse dentro de los Centros penitenciarios. Del mismo modo, manifiestan la necesidad de entrar en un programa (81,3%), porque lo ofrece el propio Centro (25,4%), porque tienen confianza hacia las normas y los programas (14,4%) y, por la accesibilidad para estar en tratamiento y hacer otras actividades (11%). Estas cifras nos enseñan que hay un número de mujeres que tiene voluntad de participar en programas de tratamiento de drogas.

La mitad de las mujeres encuestadas (EX, AA y PMM) de las que acuden a programas de tratamiento de drogas (**Tabla 33**), expresa que los programas son muy buenos (51,7%). El porcentaje de desagrado con los programas de drogas es pequeño y se expresa por todos los perfiles de mujeres (5,4%). De acuerdo con esta información, las mujeres están satisfechas con los programas que se realizan dentro de la cárcel, aunque proponen algunos cambios para mejorarlos, aumentar su participación y disminuir la posibilidad de una recaída.

Muchas mujeres necesitan sentirse apoyadas por los profesionales dentro de la cárcel y recibir apoyo psicológico y emocional. Al mismo tiempo piden que en los programas de tratamiento de drogas la atención profesional fuera con más frecuencia y de profesionales/ terapeutas que estén especializados con el tema de la toxicomanía. Del mismo modo, quieren programas que sean aplicados por mujeres profesionales y no por hombres para poder expresar situaciones personales como maltrato, violaciones, etc. También piden intervenciones con las familias para mejorar sus relaciones personales.

Advertimos que los programas de tratamiento de drogas en las cárceles de España deben reformarse tomando en consideración los principios de la Educación Social y las diferencias de género. Es verdad que tienen sus puntos fuertes, como la relación que se crea entre terapeutas y presas, apoyo psicológico y emocional en algunos casos, pero también, tienen sus puntos débiles que en muchas ocasiones no ayudan a las mujeres

encarceladas a desintoxicarse.

Las mujeres encarceladas necesitan trabajar sus capacidades personales y laborales junto con la drogadicción. En todo el proceso del tratamiento, tanto los educadores sociales como los demás profesionales, deben dar especial enfoque a los factores protectores y de riesgo de las mujeres reclusas drogodependientes para reforzarlas en todos los sentidos (familiar, social, laboral, educativo...) para que, cuando salgan, puedan vivir una vida digna, sin drogas y no delinquir de nuevo. Un programa de tratamiento integral, basado en el modelo socioeducativo, puede aportar mucho para que vuelvan como miembros positivos a esta sociedad.

Referencias bibliográficas

- Del Pozo Serrano, Francisco José y Mavrou, Iosifina (2010). “Experiencias y programas socioeducativos en los recursos de cumplimiento de pena en el medio cerrado y abierto con mujeres e infancia”. En Añaños Bedriñana, Fanny Tania (Coord.). *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Editorial Gedisa. Pp. 235-259.
- Instituto Deusto de Drogodependencias (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en drogodependencias*. Edición a cargo de Luis Pantoja. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Llopis Llacer, Juan José (2008). “Estudio sobre las perspectivas de mejora de la asistencia a las mujeres drogodependientes con hijos en Europa. Implicaciones y consecuencias”. En Añaños Bedriñana, Fanny; Del Pozo Serrano, Fco. José; Mavrou, Iosifina (Coords.). *Educación Social en el ámbito penitenciario: Mujeres, infancia y familia*. Granada: Nativola, p. 261-270.
- Martín del Moral, Mercedes y Lorenzo Fernández, Pedro (2009). “Fundamentos biopsicosociales de las drogodependencias. Prevención y tratamiento”. En Lorenzo, Pedro; Ladero, José María; Leza, Juan Carlos; Lizasoain, Ignacio. *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación*. 3ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, p. 27-61.
- Martínez González, José Miguel; Trujillo Mendoza, Humberto Manuel; Robles Lozano, Luis (2008). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Edita: Junta de Andalucía Consejería para la igualdad y el bienestar social. Dirección General para las Drogodependencias Adicciones.
- Orte, Carmen (2008). “La intervención familiar con mujeres drogodependientes y con procesos legales”. En Fanny Añaños, F.T., Fco. José Del Pozo e Iosifina Mavrou, (Coords.). *Educación Social en el ámbito penitenciario: Mujeres, infancia y familia*. Granada: Nativola, p. 248-260.
- Pantoja Vargas, Luis (2010). “Actuación socioeducativa con mujeres presas: el papel de los educadores sociales”. En Añaños, Fanny Tania (Coord.). *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Editorial Gedisa, p. 123-136.
- Yagüe, Concepción (2010). “Panorama actual de la situación de las mujeres y madres en los centros penitenciarios españoles. El programa de igualdad”. En Añaños, Fanny Tania (Coord.), *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Gedisa, p.183-200.

Autoconcepto y expectativas de las mujeres en condición de reclusión en España

DEIBAR RENÉ HURTADO HERRERA

Universidad del Cauca, Colombia

Acerca del autoconcepto

El término autoconcepto es polisémico y complejo por su cercanía semántica con otros términos que lo relacionan directamente con la autoconciencia, autorrepresentación, autoconfianza, autoeficacia, autoestructura, *self*, entre otros; de ahí que sea necesario dejar claro que el autoconcepto lo asumiremos desde la perspectiva de Gorostegui y Dörr (2005) para quienes “es una configuración organizada de percepciones del sí mismo que puede ser concienciada [...] un *set* relativamente estable de actitudes descriptivas y también valorativas hacia el sí mismo”. Estas autopercepciones dan origen a autovaloraciones (cogniciones) y sentimientos (afectos) que tienen efectos motivacionales sobre la conducta. El autoconcepto es importante para la definición de la trayectoria vital de los sujetos, un marco interpretativo de la realidad y de sí mismos y un elemento clave para interpretar el pasado, así como el devenir. Por lo tanto, la información sobre el autoconcepto de los individuos presenta un alto potencial para generar un cambio relevante en las actitudes de las personas (Marsh, 2006).

González, Leal, Segovia y Arancibia (2012); Goñi (2009) y Marsh (2006) coinciden en que el autoconcepto es complejo porque se sucede en la conciencia y desde el aporte de la percepción y de los criterios que el individuo va creando y construyendo desde su realidad. El autoconcepto es una construcción social situada e histórica que se da en el contexto de relaciones personales, familiares y sociales lo que se traduce en singularidad. El autoconcepto se interpreta y se manifiesta en las actitudes y conductas que expresan y ejecutan los seres humanos; éstas, por supuesto, han sido apropiadas desde esa conciencia, percepción y criterio, o sea en el mismo autoconcepto.

Teniendo claro que el autoconcepto se configura en las percepciones y se manifiesta en las actitudes y conductas de los sujetos, juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, a juicio de Goñi (2009:8), el autoconcepto implica cuatro dimensiones como son el autoconcepto afectivo-emocional, autoconcepto ético/ moral, autoconcepto de la autonomía y el autoconcepto de la autorrealización. Esta multidimensionalidad pone en evidencia que su configuración individual/social, media la relación del sujeto consigo mismo, con el mundo y con los otros, en lo emocional, en lo ético y lo estético. De estas cuatro dimensiones y por su pertinencia para el trabajo es importante resaltar que la dimensión afectivo-emocional es lo que entenderíamos como autoestima. Para Muñoz (2011:5) la autoestima de los seres humanos es un estado emocional en sí mismo, que se forja y construye en nuestro interior. La autoestima se

forma y crece al sentirse amado, querido y respetado por otros seres y en especial por la familia y amigos; y al sentirse útil y capaz de alcanzar metas o realizar acciones valiosas.

1. Metodología

La metodología del análisis del presente trabajo se ha abordado ampliamente en el primer capítulo; sin embargo, en este capítulo se ha trabajado además la *teoría fundada*.

La teoría fundada o fundamentada ha sido considerada por Strauss y Corbin (2002) como metodología que permite ampliar la teoría existente y por lo tanto aumentar la comprensión. En este sentido, la teoría sustantiva denota un conjunto de categorías bien construidas elaboradas a partir de la descripción cuidadosa, el ordenamiento conceptual, los agrupamientos de los datos en categorías y la búsqueda de relaciones entre categorías.

El proceso de construcción de la teoría sustantiva se realizó a partir de la transcripción de la información recogida a través de las entrevistas, mediante un proceso de calificación (categorización simple) y de codificación que buscaba representar los fenómenos encontrados en los datos, en este caso en las respuestas de las internas entrevistadas. Realizar la calificación o categorización simple es encontrar un concepto que exprese lo que el relato dice, se trata de una representación abstracta, de un acontecimiento, objeto o acción/ interacción que un investigador identifica como significativo en los datos. En relación con las 61 entrevistas se categorizaron 957 relatos, con los que posteriormente se realizó la codificación axial la cual consiste en reagrupar los datos. Al tener los datos dentro de categorías axiales, se procedió a un agrupamiento más general en categorías selectivas que implican la interpretación del fenómeno presentado.

2. Categorías emergentes

2.1. Autoconcepto: Verse fuertes y dispuestas a salir adelante

La mayoría de las mujeres internas expresan sentirse fuertes, aunque la prisión las desanime y sientan impotencia, por el encierro y por encontrarse lejos de sus familiares. Manifiestan esta fortaleza desde diferentes perspectivas; para algunas la fuerza está en ellas mismas:

«Sí me veo con fuerzas. Es que la autoestima se me baja porque estoy aquí dentro y te crea impotencia, pero sí me veo con ganas de luchar ahí fuera. Cuando he querido lo he hecho, sé que puedo» (E208).

Para otras, se encuentra en las experiencias vividas y superadas dentro de prisión, que se vuelven motivo para seguir adelante,

«Me siento ahora con fuerzas para salir. Que tengo mis momentos de bajón grandísimos. Pero con mucha fuerza e ilusión. Sí, me veo fuerte» (E104).

Algunas expresan que la fortaleza la encuentra en el apoyo de sus familias, o en la motivación de pensar en luchar por sus hijos y las expectativas de conseguir trabajo y desenvolverse en la vida:

«Me veo fuerte y me veo bien. Tengo a la familia de mi parte. Esperando a que me den la oportunidad de salir y que vean lo que soy capaz de hacer. Soy luchadora» (E213).

Entre estas expectativas encontramos que llevar una vida normal es asumir los deberes y responsabilidades que tienen como madres, mujeres, esposas, hijas... motivo que las hace sentirse luchadoras, capaces y preparándose para enfrentar las situaciones que se presenten al ser libres

«Sí, he cogido muchas fuerzas. Tengo muchas ganas de salir y de afrontar la vida» (E412). «Con ilusión de formar mi familia, de irme a conseguir mi trabajo y de demostrarme a mí misma, lo primero, que puedo» (E307).

2.2. *Superando los miedos y con mucha autoestima*

Es importante destacar otros cambios que han notado en sí mismas, como hacerse conscientes de sus miedos pero sentirse animadas, sentir que deben superar y dejar atrás la etapa de la prisión, aumentar su autoestima y sentir que son capaces de salir adelante, ellas se ven:

«Cambiada y transformada y a gusto conmigo misma» (E211). «Muy bien, muy positiva. Con mucha autoestima» (E206). «Yo a mí misma ahora me veo fuerte, me veo una mujer realizada. Con mis miedos, con mis dudas, pero me siento fuerte, sí, sí» (E111).

Ellas consideran que esto les ayuda a superar su adicción a las drogas y les ha permitido cuidar de sí mismas y asumir responsabilidades como mujeres adultas.

«Me encuentro superándome. Fuera de las adicciones que han sido tan severas en mi vida. Me creo capaz inclusive de todo lo que yo quiera. Ahora pienso en mí, cosa que antes no hacía. Antes pensaba en ponerme. Hoy en día sí miro por mí, miro por la niña, e incluso por Javier. Cosas que antes no echaba ni cuenta. Son cosas que adquieres» (E401).

La prisión, tal como se constata en los relatos, les ha permitido incrementar el grado de reflexión y de consciencia de las internas sobre sus actos y sus vidas, sobre lo que ha sucedido, sobre lo que viven actualmente y lo que quieren conseguir para sus vidas.

Se sienten más pacientes frente a las situaciones que se les presentan, tranquilas, reflexivas sobre sus vidas, aprendiendo a escuchar y a pensar antes de actuar; actitudes y formas de comportamientos que para ellas son logros importantes.

«Hombre, veo muchas cosas positivas como te he dicho antes, más tolerante, más paciencia, pero me he desconfiado. Quizás porque ahora pienso más las cosas, no actúo como antes, no. Yo ahora me pienso las cosas, me quedo callada y yo mismo digo: sí, no, se puede, no se puede. Ahora reflexiono, antes no reflexionaba las cosas. Ha cambiado mi personalidad pero también lo veo bien porque antes eso te lleva a cometer errores» (E102).

Otro aspecto importante que expresan es sentirse positivas, bien consigo mismas y animadas a enfrentar la vida.

Otras mujeres expresan sentir inseguridad ante la incertidumbre de no saber qué dificultades traerá ser libre, así también hay expresiones de miedo y sentimientos de preocupación o angustia por el temor a no poder afrontar emocionalmente la vida afuera:

«Pues realmente no me la planteo, me da un poco de miedo, de hecho cada vez que se me está acercando el permiso siento miedo, hoy por hoy tengo dos permisos encarpetados y mis compañeras dicen: ¿por qué no vas a tu casa?, porque siento miedo, de no saber empezar, de tropezar, me da mucho miedo volver a enfermar. ¿De volver a caer en una depresión? Sí, yo siempre he sido independiente, económicamente he estado bastaste bien y ahora estoy completamente arruinada y tengo miedo» (E315).

Para otras internas su paso por la prisión, las ha dejado definitivamente rezagadas, limitadas en todos los aspectos, personal, social, laboral, así que se ven desanimadas, desmotivadas y frustradas.

«Fracasada. Es que esto me ha destruido toda mi vida» (E201). «Como una mierda» (E311). «Me veo desganada, sí, sin ganas de nada, todo el día aquí metía yo que sé...» (E312).

A lo que se suma la baja autoestima, la baja valoración de sí mismas, o la desvalorización de sí mismas que las hace sentirse inestables y tambaleantes respecto a su proceder actual y su futuro.

«Yo no me veo a mí misma todavía. Yo la autoestima es uno de los peores trabajos... que tengo pendiente y que me cuesta mucho trabajar, y ponerme yo en primer lugar... me cuesta mucho» (E404).

2.3. Habilidades personales y sociales para enfrentar la vida en libertad

Algunas internas manifiestan que cuentan con habilidades personales como ser sociables, simpáticas, educadas, responsables, y dispuestas:

«Yo creo que... La educación que me han dado, a la hora de expresarme, y saber escuchar» (E104). «Que soy muy activa, extrovertida, soy muy simpática. Me gusta siempre estar riéndome» (E107).

Paralelamente relacionan la anterior disposición y cualidades a sentirse activas, ocupadas en diferentes oficios y a tener buenas relaciones sociales:

«Soy activa, soy educada, soy responsable, soy seria, cuando hay que reírse, se ríe una. Pero lo que tengo es que soy muy seria, que antes no lo era. Y cambiaba cosas que antes decía de otra forma» (E403).

2.4. Expectativas: libres para conseguir trabajo

Las expectativas de las internas al ser libres son conseguir trabajo y poder construir o recuperar a sus familias, la mayoría de ellas lo reitera en sus relatos:

«Quiero salir, lo primero. Buscar un trabajo estable, comprarme una casita y pagándola poquito a poco, llevarme a mi hijo, comprarme una casita pequeña para mí y para mi hijo, si me sale una pareja bien, si no

me sale pues, nada también. Y disfrutar con mi hijo, ir a la playa, con mi trabajo, con mi familia» (E102). «Con ilusión de formar mi familia, deirme a conseguir mi trabajo y de demostrarme a mí misma, lo primero, que puedo. “¿Te ves capaz de hacerlo?” Son 43 años y muy cansada» (E307).

La libertad se asocia con querer mejorar, darse la oportunidad de comenzar de nuevo la vida, olvidando y superando lo vivido en prisión:

«Mis planes son, aparte de ser una buena madre y una buena hija, poder trabajar y olvidar todo lo que he hecho mal y empezar de cero. Y hacer una vida como Dios manda y que mis hijos vean que puedo seguir adelante y tener esa fuerza que yo tengo. Que esto me ha hecho más dura» (E103).

Así mismo, las expectativas de ser libres es ser realistas, la prioridad de tener un trabajo es para la mayoría fundamental, ya que algunas no cuentan con el apoyo económico de sus familias y esta situación también las hace valorar y organizar sus prioridades.

«Prioridades muy básicas. Tener un trabajo. Una casa, estar con mis niños. Me gustaría estudiar pero es que mi prioridad es trabajar para estar con mis hijos. Tampoco tengo unos padres que me den un apoyo económico y por eso no puedo tener ese lujo. La vida está así y hay que escoger tus prioridades y valorar» (E107).

Dentro de las prioridades se encuentra el trabajar, desempeñar algún oficio que les dé estabilidad económica y que les permita retomar sus vidas:

«Te lo he dicho antes, mi casita, un trabajito, el que sea, a mí no me importa tener que limpiar escaleras, como que tengo que pintar, como que tengo que ir a una oficina, a mí no me importa, yo lo que quiero es tener un trabajito, mi casita, mi familia, y vivir tranquila. Eso es lo que más deseo en el mundo entero. Y sobre todo me queda por hacer un trabajo muy importante que es recuperar a mis dos hijos...sí». «Conseguir mis objetivos. Porque claro yo espero ganar dinero. El dinero lo influye todo, porque si gano dinero puedo tener mi casa. Y si tengo mi casa puedo tener una estabilidad, tanto económica como personal y puedo ayudar a mi madre» (E104).

Es importante resaltar, como es evidente en los relatos, el lugar que ocupa el trabajo en los sueños y las expectativas. Para ellas el trabajo es fundamental para recuperar sus vidas, sus familias y poderse hacerse cargo de sí mismas. La idea de conseguir un buen trabajo se asocia con la posibilidad de ser estables, suplir sus necesidades básicas y las de sus familias.

2.5. Libres para reencontrarse con sus familias y reconstruir sus relaciones afectivas

La prioridad de sus expectativas se centra en reencontrarse con sus familias, en volver a verlas y compartir, teniendo en cuenta que a muchas les esperan sus hijos e hijas, con quienes la relación se ha visto afectada totalmente por el aislamiento y el encierro en prisión, y que por supuesto ellas quieren y esperan poder construir de nuevo.

«Lo tengo que celebrar. Con mis niños y mi marido. Sería lo más grande, por lo que llevo luchando años. Como cualquier otra madre que tenga hijos a su cargo y un marido. Atender a mi marido y a mis hijos como ellos se merecen, con todo el cariño. Darles todo lo que puedo dar de mí, que no se lo he podido dar durante

todos estos años, compartirlo con ellos y disfrutar» (E203).

De esta forma la expectativa de recuperar sus vidas es vivir tranquilas, felices, cerca de sus familiares y amigos:

«Pues, como te he dicho antes, rodeada de las personas que quiero, que esto quede muy lejano y tener mi vida tranquila. Y estar con mi familia, con las personas que quiero. Tener un trabajo, ser una persona normal pero dormir todos los días tranquila. Y si lo llevo como lo llevo, yo creo que voy a estar muy bien» (E102).

Es muy significativo el afán por recuperar sus vidas, lo que para ellas implica integrarse a los roles que tienen como hijas, madres y mujeres en la sociedad.

2.6. Libres: más maduras, felices, luchando por reconstruir sus vidas dejando el consumo de alcohol y drogas

Al imaginarse libres, las reclusas comentan que se ven a sí mismas más maduras y que la libertad les traerá felicidad: «He madurado un poquito más, me he cuidado un poquito más.» “Muy feliz. Porque aquí no vuelvo más. Eso lo tengo clarísimo» (E108). Imaginarse en libertad también las motiva a pensar en vivir sanamente, y con la ilusión de reconstruir sus vidas.

«Supercontenta y preparada porque por fin voy a vivir. Me veo mejor pero con unas ganas de vivir tremendas» (E211). «Me imagino siendo una mujer madura, sabiendo lo que quiero y teniendo un negocio, que es lo que yo siempre he querido, y llevarlo. Hacer la vida normal, viajar, saber delegar...» (E214).

En esta idea, reconstruir sus vidas significa para ellas tomar las decisiones adecuadas buscando su bienestar y estabilidad, siendo responsables:

«Me imagino una persona humilde. Asumiendo todo lo que ha pasado. Que he tenido que pasar por ahí para darme cuenta de lo que realmente es la vida. Para valorar cosas que antes no valoraba y sobre todo ser una gran persona. Quiero tranquilidad sobre todo. Lo pasaré a lo mejor un poco peor por mis nenes por no poderles ofrecer todo lo mejor pero por mí personalmente con lo justo y estar todos juntos es suficiente» (E107).

Imaginarse libres también se relaciona reiterativamente en los relatos con tener su casa, su trabajo, poder compartir con sus seres queridos y asumir responsabilidades de madre haciéndose cargo de sus hijos:

“Estar con mi familia, con mis hijas y tener mi trabajo feliz” (E304). En mi casa, con mis hijos, a vivir con ellos, a no dejarlos, a estar todo el tiempo con ellos y a trabajar para ellos» (E405).

Otras internas resaltan que se ven a sí mismas viviendo sanamente sin consumir drogas, llevando una vida común, disfrutando a sus familias:

«Pues quiero estar bien, no volver a tomar pastillas, encontrar el trabajo, estar con mi familia, poder irme de vacaciones, poder celebrar mi cumpleaños bien» (E312). «Hombre, yo me imagino bien y sin consumir, porque he salido estos días y no he consumido» (E302).

Por último, algunas internas se imaginan teniendo algún negocio y de esta forma

viviendo por su cuenta:

«Me veo, hace muchos años, con una casita en algún pueblecito marítimo, no sé exactamente dónde pero quiero irme de Cataluña, no quiero estar en Cataluña. Una casita baja, de una planta, mi perro, cerca de la playa, incluso teniendo algún tipo de negocio que yo pueda llevar o viviendo del cuento. Hace muchos años eso es lo que quiero. Es mi ilusión» (E410).

Por lo significativo se resalta que algunas internas afirman que la prisión es un lugar que les ha dado estabilidad, lugar donde han desarrollado su vida tranquilamente, con deberes y rutinas que no se diferencian de la vida siendo libres, y donde además encuentran apoyo y seguridad al sentirse protegidas.

«Me veo igual que ahora porque la verdad no me siento privada de libertad. Con lo que tengo estoy contenta. Bien, voy a estar bien, más contenta que ahora, pero no me falta nada ahora mismo, incluso creo que estoy respaldada, tengo espaldas ahí y me ayudan a levantarme porque como el país está en crisis, me siento protegida aquí dentro. No sé si me entiendes, es que yo he tenido libertad mucho y no he sabido aprovecharla y ahora que no tengo parece que tengo mucha más que antes» (E207).

En este sentido también se evidencia el miedo a hacerse cargo de sí mismas y la incertidumbre de no saber manejar su libertad o las dificultades que se presenten, al respecto una interna comenta.

«Un caos, a mí me dan la libertad ahora mismo y me crearían un trauma, porque yo prefiero cuando llegue ese momento, tener algo seguro en mis manos para poder decir voy siete u ocho horas a trabajar y eso hoy día es imposible» (E315).

3. Discusión

En general las mujeres en el contexto de esta investigación, se encuentran afrontando y superando diferentes situaciones, algunas propias de la prisión: el encierro y la lejanía de sus familiares; otras relacionadas con su historia de vida como condiciones de pobreza, la falta de oportunidades, los maltratos psicológicos, físicos y más concretamente el consumo y abuso de drogas, alcohol y tabaco. Todas estas variables son determinantes en la relación que ellas tienen con ellas mismas y con los demás y son claves para la comprensión de sus conductas y actitudes, así como para interpretar sus expectativas.

El contexto de estas mujeres es determinante cuando hablamos de autoconcepto, la situación de reclusión y de consumo de drogas nos ubican en un escenario particular. Esnaola (2006:64) destaca cómo el consumo de droga, alcohol y cigarrillos afecta irremediabilmente al autoconcepto. En los resultados de su investigación, indica que el consumo de tabaco y alcohol están relacionados con algunas dimensiones del autoconcepto y en este sentido el autor resalta que estadísticamente los adolescentes que mantienen el consumo de alcohol y de cigarrillos, se perciben de forma inferior que los que no beben, ni fuman. Graña et al. (2000: 179) coinciden con Esnaola al afirmar que los jóvenes que habitualmente beben, fuman y consumen cannabis mantienen un bajo

concepto de sí mismos cuando piensan en cómo los demás los valoran, sobre todo al ser comparados por el grupo de no consumidores y el grupo que se encuentra en un estadio anterior. Dado los antecedentes de consumo y abuso de drogas y alcohol, sorprende que dichos antecedentes no coincidan con lo encontrado en el trabajo. Como se puede ver en los relatos y aunque existen excepciones, en la mayoría de los casos las reclusas han logrado en prisión mejorar su relación consigo mismas, mejorar por lo tanto su autoestima e imaginar unas expectativas acordes con una vida lejos del consumo e integradas en sus familias y en el mundo laboral.

Tortajada (2010:314) manifiesta que existe una relación entre antecedentes de violencia intrafamiliar, consumo de drogas y autoconcepto, en donde violencia y consumo de drogas afectan negativamente la autoestima y autoconcepto. Dicha relación coincide con el trabajo de Sánchez (2011:21) que nos indica que el 88,4 % de las mujeres presas han sido víctimas de violencia intrafamiliar. Para este autor, muchas consumen drogas para olvidar y soportar el dolor y los problemas psicológicos que acarrea ser víctima de violencia de género. Las situaciones de violencia potencializan el riesgo de consumo y, a su vez, tanto la violencia como el consumo afectan directamente el estado emocional y el autoconcepto de las internas.

Es de resaltar la importancia del autoconcepto y expectativas de las mujeres entrevistadas, sobre todo si se tiene en cuenta que en libertad (a manera de expectativa) la prioridad gira en torno a la búsqueda de estabilidad económica (tener trabajo), reconstrucción de sus relaciones familiares y personales (retomar sus vidas) y la posibilidad de alejarse de las drogas (vivir con tranquilidad). Aquí surge la pregunta: ¿Cómo poder trabajar el autoconcepto con mujeres en el entorno de la prisión? Dicha pregunta se ha intentado responder desde el contexto latinoamericano por Kendall (2010:17,18), quien plantea a través de su trabajo de investigación con mujeres en una prisión de Perú, que «las experiencias positivas, como el reconocimiento, oportunidad, alternativas y capacitación redundan en mejora del autoconcepto y autoestima»; de igual forma, la autora plantea la importancia de actividades de promoción, prevención y tratamiento médico y especializado para las mujeres en esta condición, así como también expresa que los esfuerzos en la institución carcelaria deben ser «dirigidos a optimizar la capacidad de las mujeres privadas de la libertad (MPL), para lidiar con el estrés durante el encierro y las particularidades de éste, desarrollando actividades que promuevan la resiliencia, salud mental positiva y la actitud proactiva». Kendall (2010:64).

4. Conclusiones

Se hace evidente cómo la formación para el trabajo y la futura inserción en el mercado laboral a manera de expectativa que puedan tener las internas, tiene efectos motivacionales y actitudinales positivos que están relacionados directamente con el autoconcepto. Sentirse útiles y capaces de hacerse cargo de sí mismas hace que se eleve su autoestima y cambien sus comportamientos, lo que puede implicar una redefinición de sus trayectorias vitales y su posible reinserción social.

Las internas consideran fundamental para sus expectativas la posibilidad de reencuentro con sus familias y la motivación de poder hacerse cargo de sus hijos, lo que es muy relevante debido a que sus relaciones frecuentemente se han visto afectadas por su estancia en prisión o por el consumo de drogas. Sus expectativas giran en torno a reconstruir sus relaciones familiares, compartir con sus seres queridos, recuperar el tiempo perdido y vivir alejadas de entornos de consumo de drogas.

Por último, consideran el entorno penitenciario como un espacio de contención y de tranquilidad que las aleja de los escenarios de consumo de drogas; escenario que les ha permitido madurar y reflexionar. De ahí la importancia de mantener y proponer actividades orientadas a la rehabilitación, la resiliencia y la formación para el trabajo.

Referencias bibliográficas

- Esnaola, Igor (2006). Auto-concepto y consumo de drogas legales en la adolescencia. *Revista española de drogodependencias*. Vol. 31 (1) pp. 57-66.
- González, María; Leal, Daniela; Segovia, Carolina y Arancibia, Violeta (2012). Auto-concepto y talento: Una relación que favorece el logro académico. *Revista PSYKHE*. Vol. 21, (1) pp. 37-53.
- Goñi, Eider (2009). *El auto-concepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. Departamento de psicología evolutiva y de la educación. Universidad del País Vasco.
- Gorostegui, María E. y Dörr, Anneliese (2005). Género y Auto-concepto: Un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de Educación General Básica (EGB). *Revista PSYKHE*. Vol. 14, (1), pp. 151 – 163.
- Graña, J.L.; Muñoz, M.J.; Andreu, J.M. y Peña, M.E. (2000). Variables psicológicas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes: depresión y auto-concepto. *Revista española de drogodependencias*. Vol. 25. (1) pp. 170-181.
- Kendall, Rommy (2010). *Experiencia carcelaria y salud mental en mujeres peruanas privadas de libertad penal de Chorrillos*. Tesis para optar el grado de Magister en Políticas y Planificación en Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Marsh, Herb (2006). *Self-concept theory, measurement and research into practice: The role of self-concept in educational psychology*. London, British Psychological Society.
- Muñoz, Patricia (2011). *Consecuencias generales del consumo de drogas entre adolescentes en edad escolar. La prevención en el ámbito educativo y sus ámbitos de aplicación: familia y autoestima*.
- Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Epílogo y propuestas de acción

Concluir con un epílogo que recoja las diversas cuestiones abordadas en el presente libro, resulta complejo; necesariamente hay que reflexionar con detenimiento y analizar la información que nos ofrece la literatura especializada y la que extraemos de las voces e historias de las mujeres reclusas estudiadas. Todas permiten visibilizar sus múltiples realidades tanto previas a la prisión como durante su internamiento, sus problemas –en los que la relación con las drogas es muy importante–, sus necesidades, sus potenciales, sus itinerarios reeducativos-reinsertivos o de actuaciones específicas, y un largo etcétera.

En el intento de plasmar algunas acciones concretas, respondiendo al último objetivo del proyecto (Ref. EDU2009-13408), nos orientamos a ofrecer los lineamientos o bases para la mejora de la situación de las mujeres y de la intervención penitenciaria, a fin de incidir en la reinserción social del colectivo. Estas bases pretenden cristalizar el *Programa Socioeducativo Emergente* (PSE¹), cuyos principios giran en un planteamiento integral, flexible, de género, interdisciplinar, coordinado, a partir de los factores de riesgo, pero sobre todo de los factores de protección, resiliencia, empoderamiento, etc., tanto a nivel personal como grupal, así como de políticas, medidas y recursos para la intervención y acompañamiento en prisión y en los procesos de reinserción real. En un marco continuum, progresivo, con fases y grados.

En definitiva, se ofrecen los pasos para una praxis socioeducativa y para la paz, orientada a fomentar la concienciación de sus realidades y de su entorno, para que reflexionen y actúen críticamente sobre ella con la intención de transformarla, partiendo de la libertad y voluntariedad, en un marco espacial, temporal y de acciones que dignifique y responsabilice a la persona a tomar o retomar su vida en una sociedad de la que no ha dejado de ser parte².

Con tal objeto, el equipo ha planteado cinco bloques (personal, sociofamiliar, prisión, sociolaboral y drogas) y catorce líneas de trabajo, cada uno de ellos con sus respectivos apartados, considerando que todos los elementos y factores intervinientes están interactuando al mismo tiempo y pueden repetirse/incidir en varios ámbitos a la vez, que responden a cuestiones relevantes halladas y que requieren una actuación en las mismas.

I. Área: Personal

1. Motivación para el cambio de estilo de vida de las reclusas

- Motivar al cambio de estilo de vida saludable y de relaciones positivas dentro y fuera de prisión.
- Motivar para la participación en los programas (teniendo en cuenta la valoración que se hace de ellas)
- Motivar para el abandono de las drogas: oferta, acceso e implicación – adherencia– en los programas
- Motivar para el mantenimiento de la abstinencia: prevención recaídas.
- Generar expectativas de futuro como elemento de motivación para el cambio y de resiliencia:
 - La percepción de las mujeres sobre sí mismas aporta elementos de gran interés para trabajar desde la resiliencia, como la capacidad de soportar problemas o, dicho de otro modo, de resurgir de las dificultades.
 - En los casos en los que el apoyo exterior no existe o es mínimo, una intervención integral debería centrar el esfuerzo con el fin de establecer una ruta específica y apropiada para la reinserción, que tenga en cuenta variables tan determinantes como la inexistencia de un espacio, incluso físico, al que volver; de un motivo por el que hacer el esfuerzo de cambiar.

2. *Aumentar la toma de conciencia del problema del consumo y la salud (intrapersonal)*

- Informar, sensibilizar de la situación/problema y de las consecuencias de los consumos.
- Modificar el cambio de actitud de pasiva a activa (modelo ISA: informar, sensibilizar y actitud).
- Aumentar la conciencia de la concepción de enfermedad y de conductas de riesgo.
- Educar para la salud, teniendo en cuenta los perfiles adictivos:
 - Para las adictas activas (AA) ocupar el tiempo, concepción de enfermedad y percepción de riesgo.
 - En las no adictas (NA), adictas en programas de metadona (PMM) y ex adictas (EX) educación para la salud.
 - Educar el autocuidado físico, psicológico y social, orientado a una vida saludable, sobre todo las no adictas (NA) y ex adictas (EX).

3. *Recursos y estrategias de afrontamiento*

- Dotar de estrategias de empoderamiento.
- Desarrollar las habilidades sociales.

- Favorecer una buena autoestima y autoconcepto positivo.
- Poner en valor las cualidades que tienen algunas mujeres en cuanto a habilidades sociales y profesionales haciéndolas transmisoras de ello en grupos de trabajo para que, por un lado se beneficien las compañeras y, por otro, ellas se sientan reconocidas y valoradas.
- Entrenar en resolución de conflictos.
- Conocer técnicas de afrontamiento del estrés.
- Desarrollar estrategias de autocontrol emocional.
- Cuidar las cuestiones de convivencia en prisión y, siempre que sea posible y positivo, fomentar la creación de lazos fuertes de apoyo durante la condena observando los roles que desempeñan en los grupos de iguales haciendo uso de aquellas con un papel de líder en beneficio de esta convivencia.

II. Área: Sociofamiliar

4. *Relaciones de pareja*

- Trabajar la dependencia emocional hacia las parejas tanto aquellas que están en el medio penitenciaria como fuera de él.
- Dentro de estas estrategias de empoderamiento se debe trabajar específicamente el tema de la violencia de género trabajando con grupos mixtos (varones y mujeres) creando discusión para conocer los valores y conceptos que manejan y poder elaborar estrategias de intervención adecuadas.
- En las que presentan rasgos de fortaleza ante los problemas y dificultades, trabajar el tema de la resiliencia aplicado a las relaciones de pareja.
- Trabajar la relación (influencia) tóxica de la pareja no sólo en casos de drogodependencias, sino en el cambio de modelos de relaciones dignas y enriquecedoras, para disminuir el riesgo de vincularse a personal que limite o impida el proceso de reinserción.
- Grupos de terapia estables y frecuentes para el abordaje de temas de violencia de género para aquellas que son víctimas de ella.
- Ofrecer información sobre apoyo legal, económico y de otro tipo para víctimas de violencia de género.
- Potenciar los programas de género y mediar en el cambio en la pareja masculina
- Fomentar una parentalidad (maternidad/paternidad) positiva y responsable, desde la corresponsabilidad.
- Mediar con las parejas, especialmente con aquellas que mantienen la guarda y custodia de los hijos, reduciendo los factores de riesgo y aumentando los de protección, en coordinación con la red de servicios comunitarios de la zona y otros de apoyo.

- Facilitar el apoyo de la pareja de la reclusa en el abandono de drogas y mantenimiento de la abstinencia.

5. *La importancia de la familia*

- Contextualizar la intervención en el marco familiar y social de las reclusas.
 - Potenciar la intervención en el entorno familiar durante el internamiento y posteriormente partiendo de las relaciones más consistentes que posean dentro del grupo familiar.
 - Promover actividades educativas que ayuden a deconstruir aprendizajes negativos previos a prisión y a reconstruirlos en función de la situación presente y futura de las reclusas, tanto a nivel de conocimientos y aprendizajes instrumentales, como en relación a una educación en valores y competencias.
 - Identificar y promover la participación de tutores de resiliencia (figuras básicas de identificación positiva) en el tránsito de las reclusas a una vida normalizada para su reinserción. Estos tutores se pueden encontrar tanto dentro de la prisión como fuera.

- Facilitar el apoyo de la familia a la reclusa en el abandono de drogas y mantenimiento de la abstinencia.

Las mujeres reclusas drogodependientes destacan que necesitan el apoyo de sus familiares durante el proceso del encarcelamiento y de su desintoxicación. Para ellas, el apoyo familiar funciona como factor protector que les motiva a cambiar su estilo de vida y abandonar el consumo de drogas. Del mismo modo, se puede mejorar la inestabilidad emocional y la inseguridad que sienten. Así, pueden mantenerse abstinentes y subir su autoestima y autovaloración. Para conseguir esto hay que implicar a la familia en los distintos programas de tratamiento de drogas que se desarrollan dentro de la cárcel.

- Favorecer el acceso de las familias a ciertos recursos con el fin de obtener ayudas económicas y sostenibilidad del hogar.
- Facilitar una dinámica familiar adaptada al entorno y estilos de socialización parental positivos, de forma coordinada con servicios sociocomunitarios de la zona y otros de apoyo.
- Facilitar la identificación de factores de riesgo en la historia familiar y personal de las reclusas y minimizar su influencia para no repetir patrones de conducta desadaptativa.
- Identificar los elementos protectores que han tenido durante la etapa infantil para poder servirnos de ellos a la hora de elaborar programas eficaces.
- Fomentar una maternidad/paternidad positiva y responsable cuidando la convivencia con los hijos, que la atención a estas mujeres y sus hijos sea durante

y después de la condena.

- Dar voz a las madres que viven con sus hijos en prisión para entrar a valorar cuál es la situación de esos niños dentro del sistema penitenciario con vistas a realizar mejoras.
- Trabajar el tema de la violencia hacia los hijos.
 - Concienciarlas para la protección de los menores.
 - Ofrecer servicios de orientación y educación familiar para abordar y modificar el sentimiento de daño de las reclusas hacia sus hijos.
 - Mediar con las familias, especialmente con aquellas acogedoras de los menores, reduciendo los factores de riesgo y aumentando los de protección, en coordinación con la red de servicios comunitarios de la zona y otros de apoyo (según casos tener en cuenta servicios de protección al menor).
- Potenciar la intervención en el entorno familiar durante y con posterioridad al internamiento, partiendo de las relaciones más consistentes con los miembros del grupo familiar.

6. *Entorno social*

- Identificar y analizar los entornos conflictivos e influyentes en los consumos y actividades delictivas.
- Visibilizar y trabajar de forma coordinada con los servicios comunitarios con los entornos sociales, los barrios, las amistades, los centros educativos y, en general, la comunidad de estas reclusas, focalizando el trabajo en aquellas zonas más conflictivas.
- Buscar el reconocimiento de la situación por las reclusas, trabajar con ellas escenarios de futuro e implicarlas, en lo posible, en la transformación de la situación a la que se verán abocadas a la salida de la prisión.
- En los casos en los que el apoyo exterior no existe, es mínimo o inadecuado, definir una intervención integral centrando una ruta específica y apropiada para la reinserción, con el apoyo de los servicios sociales comunitarios y el tercer sector, que tenga en cuenta variables tan determinantes como la existencia de un espacio, incluso físico, al que volver; de modo que se genere una motivación por el que hacer el esfuerzo de cambiar.

III. Área: Prisión

7. *Adaptación a la vida en prisión*

- Desarrollar un proceso de acogida de calidad que ayudará a las reclusas a

conocer y contextualizar su vida en prisión.

- Priorizar las necesidades de las reclusas.
- Apoyos dentro de prisión:
 - Trabajar la autoestima y la resiliencia a partir del análisis autobiográfico y de las sesiones de terapia individual y en grupo.
 - * En prisión son pocas las posibilidades de fabular, convencer al entorno y a sí mismas de que su vida es buena o satisfactoria. Las cartas están a la vista y resulta difícil el autoengaño. Sin embargo, hay profesionales y compañeras que las aceptan tal cual son, e incluso les muestran afecto. Esta constatación podría funcionar como los cimientos de la casa que es la resiliencia, dado que se trata de un sentimiento de ser aceptado como persona.
 - * Como punto de partida para iniciar un proceso de superación de barreras y límites que constriñen sus posibilidades de inserción, este colectivo precisaría actuaciones encaminadas a la mejora de la autoestima.
 - * El análisis de sus historias de vida, con un alto grado de realismo y aceptación pero sin dejar espacio a la autocompasión, podría constituir una herramienta válida. En este sentido, las sesiones de terapia, individual y colectiva, se convertirían en el motor para ese análisis. Gracias a la observación de las propias mujeres dentro de la cárcel, podemos deducir que esta actividad tendría una muy buena acogida y la consideramos con un gran potencial de cambio. Este proceso podría tener una especial incidencia en las relaciones de pareja que, por otra parte, son las que contribuyen en mayor medida en las recaídas o en la negación de inicio de cualquier proceso de recuperación o inserción.
 - Debe ser trabajada la prevalencia de figuras femeninas frente a la ausencia de las masculinas cuando hablamos del apoyo que reciben las mujeres reclusas. Por un lado, la fortaleza de las relaciones entre mujeres, sobretudo materno-filiales dan un amplio terreno sobre el que trabajar las relaciones solidarias y de apoyo pero, por otro, no se debe dejar de lado sus relaciones con el sexo masculino, no solo las de pareja, sino también las familiares y las de amistad para que no se produzca una estigmatización del sexo masculino y sean capaces de relacionarse de igual manera con ambos sexos siempre y cuando sea conveniente. De este modo se les debe enseñar a identificar las relaciones sanas y positivas para su proceso de encarcelamiento y para su posterior vida en libertad.
- Profundizar en el conocimiento de la incidencia de las medidas de protección y judiciales de menores en el posterior paso de las mujeres por Centros

penitenciarios, a fin de establecer medidas preventivas y coordinar actuaciones para reducirlo.

IV. Área sociolaboral

8. *Intervención sociolaboral por perfiles de mujeres en itinerarios*

- *Itinerario para mujeres con baja cualificación profesional o sin cualificación, con experiencia laboral desde roles tradicionales de género.*

Programa integral de formación en habilidades sociales para la empleabilidad, así como programas o acciones que supongan la orientación laboral en técnicas y recursos básicos de empleo y formación mediante cualificación en cursos que profesionalicen homologada la experiencia laboral (hostelería, limpieza, comercio, etc.) para la inserción laboral.

- *Itinerario para mujeres con cualificación profesional, con experiencia laboral desde roles tradicionales de género.*

Programa integral de formación en habilidades sociales para la empleabilidad, así como programas o acciones que supongan la orientación laboral en técnicas y recursos especializados de empleo por familias y áreas profesionales de interés y formación mediante cualificación en programas que supongan mayor cualificación homologada y experiencia laboral (hostelería, limpieza, comercio, etc.) para la reinserción laboral.

- *Formación complementaria en nuevos roles que no reproduzcan los roles tradicionales de género.*

Acciones complementarias o programas especializados que supongan la orientación y formación en nuevos sectores y familias profesionales que no supongan los roles tradicionales de género y que faciliten posibilidades de empleo: electricidad, fontanería, etc. y que son especialmente significativos en los casos de mujeres con perfil de ex adicta (EX) o desintoxicación.

- Formación en liderazgo y empoderamiento laboral: Programas y acciones complementarias que fomenten la capacitación de estrategias que supongan el aumento de la motivación personal y laboral que mejore la autoestima, el autoconcepto, el liderazgo y la autonomía para la empleabilidad.
- Actividades y destinos remunerados y prácticas en empresas: Acciones o destinos complementarios a la formación que supongan el sostenimiento económico básico para la familia, especialmente en los casos en los que no existe apoyo sociofamiliar. Igualmente, las prácticas en empresas estarán presentes en los programas o cursos en el tercer grado y recursos de semilibertad y medio abierto.
- Formación en informática: La formación sociolaboral se desarrollará

utilizando las nuevas tecnologías, ofimática e intranet/internet, siempre que sea posible, debido a la necesidad de esta competencia para la inserción sociolaboral y la valoración positiva de las mujeres.

9. *Educación intercultural*

- Intervenir en función de las características socioculturales para el caso de extranjeras (asesoramiento legal, clases de idiomas, sanidad, etc.) y provenientes de la cultura gitana.
- Defender la identidad religiosa de las personas, a través del respeto por sus creencias y prácticas específicas.
- Abordar la diversidad, la educación intercultural y la educación en valores en los programas y acciones socioculturales, a fin de conocer y mejorar la convivencia de las distintas culturas dentro de prisión.

10. *Programas de intervención*

- Informar sobre los programas, objetivos y beneficios (corto, medio y largo plazo).
- Facilitar la oferta y el acceso a los programas.
- Motivar y acompañar el proceso de participación de las mujeres en los programas, supuesta una predisposición en participar en ellas.
- Aumentar los programas socioeducativos y biopsicosocioeducativos (interdisciplinares), considerando los que gozan de mayor satisfacción, en este orden: autoestima, habilidades sociales, género, socioculturales, violencia de género y deportivos.
- Fomentar el acceso y mantenimiento en los Programas Educativos Reglados, teniendo en cuenta que existen mujeres sin estudios y con bajo nivel cultural. Estos programas se consideran imprescindibles para el aumento de la instrucción mínima y consecución de los fines constitucionales de la reeducación y posterior reinserción social.
- Fomentar los programas de educación infantil y habilidades parentales, por la ínfima participación en este tipo de programas, siendo en su mayor parte mujeres con hijos.
- Dada su alta valoración y necesidad, potenciar los programas de informática, con enfoques socioeducativos.
- Identificar las causas de la reincidencia y desarrollar programas de prevención.
- Enfatizar los factores de riesgo en los programas de tratamiento de drogas, para poder identificar los motivos que llevan a reincidir, y reforzar los factores protectores de forma que, cuando salgan de la cárcel, no recaigan en el consumo de drogas.

- Desarrollar y potenciar habilidades laborales y de gestión de búsqueda y de mantenimiento del empleo, preferentemente para preparar la salida de prisión.
- Ampliar la oferta de actividades socioeducativas para que se aproxime a la multiplicidad de actividades existentes en los módulos de hombres y en el módulo sociocultural, así como tener consideraciones especiales (flexibilizaciones) en la asistencia o en la oferta de otros horarios para que puedan alternar con el cuidado de los hijos a cargo.
- Potenciar actividades socioculturales (teatro, manualidades, etc.), actividades deportivas y contra la violencia de género, puesto que son los mejor valorados.
- Fomentar los módulos de respeto para mujeres, con las mismas posibilidades/características que los módulos de respeto de hombres (tanto en el número de plazas, infraestructuras como en recursos), lo cual además permitirá una mejor clasificación penitenciaria entre las consideradas de “menor peligrosidad” y ofrecer mecanismos e itinerarios de vida más normalizados, de responsabilidad y de intervención a las “más peligrosas”.
- Facilitar la continuidad de programas con semejantes características o intervención socioeducativa. Especialmente los casos donde se produce los cambios de Centro o según el régimen.
- Fortalecer y ampliar los programas sobre la intervención en drogodependencias, teniendo en cuenta los enfoques socioeducativos, no solo por su enorme importancia y afectación poblacional, sino porque los datos indican que resultan satisfactorios, se generan cambios de perfiles adictivos dentro de prisión y mejoran sus estilos de vida saludables.
- Implementar mecanismos de evaluación en los programas, para conocer no solo las cuestiones de partida, sino el proceso en sí y los resultados finales, sobre todo la consecución de los objetivos; es necesaria la incorporación en la evaluación de una perspectiva mixta o externa que dé mayor objetividad al proceso, así como conocer el impacto real de los programas.

11. Propuestas de cambio en la actuación de los profesionales

- Apoyar a los profesionales para trabajar de forma más cercana y dedicar más tiempo a la intervención de las reclusas promoviendo equipos integrados de profesionales, potenciado la presencia y el papel de las figuras profesionales más vinculadas a las reclusas y mejor valoradas por ellas, especialmente los educadores y maestros.
- Fortalecer la presencia de los educadores sociales en el medio penitenciario, dada su importancia y gran labor socioeducativa y reinsertiva, así como privilegiar la formación educativa especializada previa como fundamento básico para el acceso y/o promoción en la figura de educador en todo el sistema penitenciario.
- Priorizar y desarrollar como objetivos principales en los programas los

relacionados con las problemáticas y necesidades expresadas por las mujeres: reinserción social-familiar (relaciones y cargas en el exterior), reinserción laboral (falta de habilidades-hábitos laborales, búsqueda de empleo, etc.), género, violencia, motivación (abandono del programa, poca tolerancia a la frustración...), drogodependencia (consumo activo y recaídas); inmigración (situación irregular, comunicaciones, etc.), organización administrativa del Centro (incompatibilidad de actividades, interrupción de participación por cuestiones regiminales...), etc.

- Sensibilizar y concienciar a la comunidad profesional y a las instituciones vinculadas para ofrecer un mejor servicio, de mayor calidad y que responda a los requerimientos de cada caso, a fin de incidir y responder de forma adecuada y en tiempo, los procesos penales, de reinserción y de coordinación interinstitucional.
- Diseñar, llevar a cabo y evaluar en todas las fases los programas de intervención, teniendo en cuenta las características, necesidades y proyecciones reeducativas-reinsertivas de la población reclusa a la que se dirige y los logros conseguidos.
- Reforzar la imagen que tienen las reclusas de los profesionales, para motivar la participación en los programas.
- Posibilitar mayores recursos para la implementación de los programas y su seguimiento.
- Implicar a los profesionales en la motivación de las reclusas.
- Trabajar prioritariamente una intervención individual, especialmente en determinadas temáticas sensibles que pueden resultar violentas para las reclusas en las terapias de grupo, entre otras porque tienen que seguir conviviendo con sus compañeras durante el internamiento.

12. *Convivencia intramuros*

- Favorecer un ambiente y unas relaciones constructivas de convivencia, que reorienten adecuadamente la “envidia” y la “competitividad”. Cuando el aislamiento del mundo exterior es un hecho, las compañeras pueden convertirse en pilar de la vida de la mujer presa y, por tanto, elemento básico en el proceso de inserción. De hecho el potencial de las compañeras como factor de riesgo/protección es mayor cuanto menor es el apoyo existente del entorno familiar y social de la persona institucionalizada.
- Desarrollar el autocontrol emocional y técnicas de afrontamiento-gestión de los conflictos o situaciones adversas (relaciones interpersonales-laborales, prevención de recaídas, etc.).
- Potenciar los tratamientos/intervenciones integrales e interdisciplinares, que suponen una presencia más continuada y aportan elementos de mejora en la vida cotidiana de las reclusas.

- Fomentar la transformación de la concepción y evaluación de los módulos de respeto (orientadas a las menos conflictivas, en detrimento de los otros perfiles y situaciones de clasificación), de modo que el modelo se amplíe o generalice en todo el sistema penitenciario.
- Fomentar las intervenciones sistemáticas para potenciar la colaboración y la participación de las reclusas en la vida intramuros, en línea con los planteamientos de los módulos de respeto y, por consiguiente, se constata una tendencia destacada hacia la satisfacción favorable para la reinserción social.

V. Área: Drogas

13. Sobre perfiles de adicción

- Identificar los distintos tipos de perfiles de adicción (NA, AA, PMM, EX) para ofrecer recursos y tratamientos adecuados a cada caso.
- Motivar al abandono-reducción del consumo problemático de drogas, especialmente en las AA, teniendo en cuenta que:
 - Las mujeres AA presentan un estado precontemplativo o contemplativo, que les impide reconocer la necesidad de trabajar su propio proceso de deshabituación, desintoxicación y reinserción social. Estos estadios de baja autoestima, ínfima desmotivación y escasa autoconsciencia, suponen un reto para la intervención en prisiones; puesto que dentro de los cuatro perfiles descritos en relación al consumo, son las que únicamente plantean como primera opción la ocupación del tiempo antes que cualquier otro motivo.
 - Las mujeres reclusas drogodependientes, y especialmente las AA, piden programas de tratamiento de drogas donde se trabaja la prevención de recaídas; piden intervención con la familia y subir la autoestima. Necesitan un programa individualizado, con más espacio y más presupuesto y programas sin gritos y miedo. Se necesita un programa socioeducativo integral donde puedan estar con otras reclusas y profesionales – preferentemente mujeres–, poder hablar de sus experiencias de consumo de drogas y de situaciones que les han dolido, por ejemplo, violaciones, prostitución, maltrato, etc.
- Motivar hacia la desintoxicación, las abstinencias y deshabituación del consumo de drogas con programas que contemplen enfoques sanitarios y socioeducativos (especialmente en las AA y PMM), y fomentar la participación del programa de prevención de recaídas en las EX.
- Desarrollar programas de prevención universal en salud general en las NA.

14. Sobre los programas de drogas e intervención en prisión

- Partir del principio de la integralidad, reeducativos y reinsertivos en los programas de drogas, teniendo en cuenta todas las dimensiones del problema y de la persona, atendiendo los factores protectores (familiar, social, laboral, educativo...), y de riesgo de las mujeres reclusas drogodependientes para reforzar los protectores de modo que, cuando salgan, puedan vivir una vida digna, sin drogas o sin consumos problemáticos y no delinquir de nuevo.
- Incorporar el enfoque de género y socioeducativo (Educación Social), además de los específicos, en los distintos programas generales y concretos en materia de intervención en conductas adictivas como en las drogodependencias.
- Fomentar que los programas se realicen con más frecuencia y a cargo de profesionales especializados en drogas, lo cual ayudará a superar una intervención meramente asistencial y puntual.
- Facilitar en los tratamientos grupos de mujeres y, en algunos casos, grupos mixtos para poder intercambiar reflexiones y experiencias con los hombres.
- Reforzar el apoyo psicológico y emocional por parte de los profesionales hacia las mujeres, dadas las enormes implicaciones y problemas de salud mental añadidas.
- Incorporar la mayor presencia de profesionales mujeres en los tratamientos, a fin de que las reclusas puedan sentirse más cómodas para poder expresar situaciones personales delicadas (maltrato, violaciones, etc.).
- Considerar las dinámicas familiares y la participación de las mismas en los tratamientos y programas a fin de mejorar sus relaciones personales y emocionales.
- Etc.

¹ Del Pozo, F.J. y Añños-Bedriñana, F.T. (2013). La Educación Social Penitenciaria: ¿De dónde venimos y hacia dónde vamos? *Revista Complutense de Educación*, 24,1, 47-68.

² Añños-Bedriñana, F.T. (2012). Violencias y exclusiones. Enfoque socioeducativo y de la paz. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 59 (mayo-agosto), 13-41; Añños-Bedriñana, F.T. (2013). Formación educativa previa ante las discriminaciones: las mujeres reclusas en España. *Revista de Educación*, 360, 91-118.

ANEXOS



ENCUESTA SOBRE MUJERES DD. EN MEDIO PENITENCIARIO Y SU INSERCIÓN LABORAL (Proyecto: Ref. EDU2009-13408)

I. Número de encuesta: |__|__|__|__|

II. Nombre de Centro: |__|__|__|

III. Tipo centro:

- 1. Mod.Mujeres CP ☐ ...
- 2. Mod.Respeto CP ☐ ...
- 3. Mod.Familiar ☐ ...
- 4. Unidad-Mod.Madres CP ☐ ...
- 5. Psiquiátrico CP ☐ ...
- 6 UTE.CP ☐ ...
- 7. CT.CP ☐ ...
- 8. S.Abierta ☐ ...
- 9. CIS ☐ ...
- 10. UE ☐ ...
- 11. UDM ☐ ...
- 12. Centro de día (extrap.) ☐ ...
- 13. Extrapenitenciarios ☐
- 14. Otro ☐

IV. Tipo encuesta:

- 1. Guiada, ☐
- 2. Autocumplimentada ☐
- 3. Mixta ☐

V. Encuestador/a.....

VI. Fecha: Día |__|__| Mes |__|__| Año |__|__|__|__|

Financia:



Autorizado:



BLOQUE I

1. ¿Qué edad tiene usted?

|__| |__| *Años cumplidos*

2. Localidad y provincia de nacimiento:

.....

3. Comunidad autónoma:

..... *(si es española)*

4. Nacionalidades:

.....

5. Estado civil:

1. Casada

☐

2. Pareja de hecho

☐

3. Soltera

☐

4. Separada/divorciada

☐

5. Viuda

☐

6. NS/NC

☐

6. Actualmente ¿tiene pareja?

1. Sí

☐

2. No

☐

7. ¿Tiene hijos/as?

1. Sí

☐

2. ¿Cuántos?

3. No

☐ → *Pasar a 10*

8. Número de hijos/as con usted en el centro de cumplimiento:

9. Si algún hijo/a no reside con Ud. ¿dónde está actualmente? *(en la línea poner n° hijos/as)*

1. Padre

☐ _____

2. Abuelos/as

☐ _____

- | | |
|--|--------------------------------|
| 3. Otros familiares | ☐ _____ |
| 4. Familia acogida | ☐ _____ |
| 5. Centro tutelado (<i>colegio, internado</i>) | ☐ _____ |
| 6. Emancipados/as | ☐ _____ |
| 7. NS/NC | ☐ _____ |
| 8. Otros ☐ | |

10. ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzado?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Sin estudios | ☐ |
| 2. Primaria incompleta | ☐ |
| 3. Primaria completa (hasta 6º actual y hasta 8º EGB) | ☐ |
| 4. Secundaria incompleta | ☐ |
| 5. Secundario completa (Graduado Escolar, ESO) | ☐ |
| 6. Formación profesional | ☐ |
| 7. Bachillerato, COU | ☐ |
| 8. Estudios superiores ¿cuál? | |
| 9. NS/NC | ☐ |
| 10. Otros ☐ ¿Cuál? | |

11. ¿Cuál es su opción religiosa actual?

1. Atea/agnóstica
2. Católica
3. Musulmana
4. Evangélica
5. Protestante
6. Ortodoxa
7. Testigos de Jehová
8. NS/NC
9. Otros ☐ ¿cuál?

12. ¿Es usted practicante de su religión?

- | | |
|----------|--------------------------|
| 1. Sí | ☐ |
| 2. No | ☐ |
| 3. NS/NC | ☐ |

13. ¿Sigue usted o su familia la tradición gitana?

1. Sí ☐
2. No ☐
3. NS/NC ☐

14. ¿Con quién vivía el último mes antes de entrar en prisión?:

1. Pareja/marido ☐
2. Hijos/as ☐
3. Pareja/marido e hijos/as ☐
4. Padres ☐
5. Sola ☐
6. Otros familiares ☐
7. Amigos/as ☐
8. Centros protegidos (albergues, pisos...) ☐
9. Comunidad terapéutica ☐
10. Hospital ☐
11. Otros ☐
12. NS/NC ☐

15. En total incluida Ud., ¿cuántas personas vivían en el mismo domicilio?

Nº: _____

16. Cuando termine su condena, ¿con quién vivirá?

1. Pareja e hijos ☐
2. Pareja/marido ☐
3. Hijos/as ☐
4. Padres ☐
5. Sola ☐
6. Otros familiares ☐
7. Amigos/as ☐
8. Centros protegidos (albergues, pisos...) ☐
9. NS/NC ☐
10. Otros ☐ ¿cuál?

17. ¿Ha residido en algún centro de protección de menores?

1. Sí ☐
2. No ☐ → *Pasar a 20*
3. NS/NC ☐

18. ¿Durante cuánto tiempo?

1. Menos de 1 año ☐
2. 1-2 años ☐
3. 3-4 años ☐
4. 5-6 años ☐
5. 7-8 años ☐
6. 9-10 años ☐
7. Más de 10 años ☐

19. ¿Considera que la experiencia en el centro le ayudó en su vida?

1. Nada ☐
2. Poco ☐
3. Bastante ☐
4. Mucho ☐

20. ¿Ha sido acogida por otra familia cuando era menor de edad?

1. Sí ☐
2. No ☐ → *Pasar a 23*
3. NS/NC ☐

21. ¿Durante cuánto tiempo?

1. Menos de 1 año ☐
2. 1-2 años ☐
3. 3-4 años ☐
4. 5-6 años ☐
5. 7-8 años ☐
6. 9-10 años ☐
7. Más de 10 años ☐

22. ¿Le ayudó la experiencia de la acogida en su vida?

1. Nada ☐

- 2. Poco ☐
- 3. Bastante ☐
- 4. Mucho ☐

23. ¿Ha tenido medidas judiciales en alguna ocasión siendo menor de edad?

- 1. Sí ☐
- 2. No ☐ → *Pasar a 26*
- 3. NS/NC ☐

24. ¿Durante cuánto tiempo?

- 1. Menos de 1 año ☐
- 2. 1-2 años ☐
- 3. 3-4 años ☐
- 4. 5-6 años ☐
- 5. 7-8 años ☐
- 6. 9-10 años ☐
- 7. Más de 10 años ☐

25. ¿Considera que estas medidas judiciales le ayudaron en su vida?

- 1. Nada ☐
- 2. Poco ☐
- 3. Bastante ☐
- 4. Mucho ☐

26. ¿Cuál es el delito por el que cumple actualmente condena?

(Puede marcar varias opciones con una "X", al lado, únicamente marque una opción de delito por el que cumple mayor tiempo de condena).

TIPO DE DELITO	<i>Pena mayor duración</i>
1. Homicidio	
2. Asesinato	
3. Lesiones	
4. Contra la libertad	
5. Torturas e integridad moral	
6. Agresiones sexuales	

7. Abusos sexuales	
8. Acoso sexual	
9. Omisión del deber de socorro	
10. Contra el derecho de los trabajadores	
11. Relativos a la prostitución	
12. Hurtos	
13. Robos	
14. Robo y hurto de uso de vehículos	
15. Estafas	
16. Otros delitos socioeconómicos	
17. Contra la hacienda pública y seguridad social	
18. Contra las relaciones familiares	
19. Incendios	
20. Contra la salud Pública	
21. Seguridad del tráfico	
22. Falsedades	
23. Contra la administración pública	
24. Acusación y denuncia falsa	
25. Quebrantamiento de condena	
26. Contra la Constitución	
27. Atentados autoridad, etc.	
28. Tenencia, tráfico, depósito de armas	
29. Terrorismo	
30. Faltas	
31. Contra la seguridad exterior	
32. Otro, ¿cuál?	

27. ¿En qué grado está?

- 1. Segundo grado ☐
- 2. Tercer grado ☐
- 3. NS/NC ☐
- 4. Otros ☐ ¿cuál?

28. ¿Dónde cumple condena?

- 1. Módulo mujeres/ C.P. ☐
- 2. Módulo respeto/ C.P. ☐

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 3. Módulo familiar/ C.P. | ☐ |
| 4. Unidad-módulo madres/ C.P. | ☐ |
| 5. Hospital psiquiátrico/ C.P. | ☐ |
| 6. U.T.E./ C.P. | ☐ |
| 7. Comunidad Terapéutica/ C.P. | ☐ |
| 8. Sección abierta/C.P. | ☐ |
| 9. CIS | ☐ |
| 10. Unidad Externa | ☐ |
| 11. Unidad Dependiente | ☐ |
| 12. Centro de día (extrap.) | ☐ |
| 13. Extrapenitenciario | ☐ |
| 14. Otro | ☐ |

29. ¿Está cumpliendo su primera condena?

- | | |
|----------|--|
| 1. Sí | ☐ → <i>Pasar a 32</i> |
| 2. No | ☐ |
| 3. NS/NC | ☐ |

30. ¿A qué edad se produjo su primer ingreso en prisión?

|__| |__| *Años cumplidos*

31. ¿En cuántos centros penitenciarios ha estado?

Nº: _____

32. ¿Cuánto tiempo lleva en prisión desde su último ingreso?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. Menos de 1 año | ☐ |
| 2. 1-2 años | ☐ |
| 3. 3-4 años | ☐ |
| 4. 5-6 años | ☐ |
| 5. 7-8 años | ☐ |
| 6. 9-10 años | ☐ |
| 7. Más de 10 años | ☐ |

33. ¿Cuánto tiempo máximo le queda de condena? (incluida la condicional)

1. Menos de 1 año ☐
2. 1-2 años ☐
3. 3-4 años ☐
4. 5-6 años ☐
5. 7-8 años ☐
6. 9-10 años ☐
7. Más de 10 años ☐

34. ¿Ha estado o está algún miembro de su familia u otras personas cercanas cumpliendo condena en prisión?

1. Padre ☐
2. Madre ☐
3. Pareja ☐ ¿Cuántas?
(nº de parejas, no de veces de ingreso)
4. Hijo ☐
5. Hija ☐
6. Primo ☐
7. Prima ☐
8. Amigos ☐
9. Amigas ☐
10. NS/NC ☐
11. Otros
12. Ninguno ☐

BLOQUE II

ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN

35. Antes de entrar en prisión, ¿en qué trabajaba? *(el último año)*

1. Indique tipo de trabajo:
2. No trabajaba/Paro ☐
3. Exenta por incapacidad ☐
4. Ama de casa ☐

35.2. Indique 3 trabajos remunerados donde ha estado más tiempo y si ha tenido o no contrato, siendo 1 la más importante.

TRABAJO	<i>Con contrato</i>	<i>Sin contrato</i>
1.	☐	☐
2.	☐	☐
3.	☐	☐

36. Ingresos económicos aproximados del núcleo de convivencia familiar con la que residía cuando usted entró en prisión: *(De sus padres o de la familia propia)*.

1. Menos de 300 € mensuales ☐
2. Entre 301 € a 600 € mensuales ☐
3. Entre 601 € a 1000 € mensuales ☐
4. Entre 1001 € a 2500 € mensuales ☐
5. Más de 2500 € mensuales ☐
6. NS/NC

37. ¿Quién aportaba los ingresos en la familia con la que residía cuando usted entró en prisión? *(Si hay más de uno, el que más aportaba)*.

1. Padre ☐
2. Madre ☐
3. Abuelos/as ☐
4. Mi pareja/marido ☐
5. Yo ☐
6. Hermanos/as ☐
7. Hijos/as ☐

8. NS/NC ☐
9. Otros ☐ ¿Quién?

38. Indique si ha tenido ingresos principales por alguno de estos conceptos en el último año antes de ingresar a prisión. (Puede elegir varias respuestas).

1. Pensiones ☐
2. Prestaciones-ayudas sociales oficiales ☐
3. Ayudas familiares ☐
4. Otras ayudas ☐
5. Mendicidad ☐
6. Prostitución ☐
7. Actividad delictiva ☐ ¿Cuál?
8. NS/NC ☐
9. Otros ☐ ¿Cuál?
10. Ningún ingreso por estos conceptos ☐

39. Indique cuánto ha ganado usted en total en el último mes ANTES de ingresar a prisión? (Ultimo ingreso).

1. Sucio ☐
2. Limpio..... ☐

DESPUÉS DE INGRESAR A PRISIÓN

40. Durante el cumplimiento de su pena, ¿qué cursos ha recibido destinados a encontrar un empleo cuando usted termine su condena y qué le han parecido?

1. Sí, he recibido ☐ → *Rellenar la tabla*
2. No, he recibido ☐
3. NS/NC ☐

(Puede elegir varias respuestas).

40.1. CURSOS	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Muy bueno</i>
1. Informática	☐	☐	☐	☐
2. Electricidad	☐	☐	☐	☐
3. Peluquería	☐	☐	☐	☐
4. Fontanería	☐	☐	☐	☐
5. Jardinería	☐	☐	☐	☐
6. Costura	☐	☐	☐	☐
7. Cursos becados	☐	☐	☐	☐
8. Hostelería	☐	☐	☐	☐
9. Cursos de búsqueda y orientación laboral	☐	☐	☐	☐
10. Otros, indique ¿cuál?...	☐	☐	☐	☐

41. Indique en cuáles de los siguientes programas ha participado o participa actualmente y ¿qué le han parecido?

1. Sí, he participado ☐ → Rellenar la tabla
2. No he participado ☐ → Pasar a 48
3. NS/NC ☐

(Puede elegir varias respuestas y dar su valoración).

41.1. PROGRAMAS	<i>Malos</i>	<i>Regulares</i>	<i>Buenos</i>	<i>Muy buenos</i>
1. Alfabetización de adultos	☐	☐	☐	☐
2. Alfabetización y castellano para extranjeros	☐	☐	☐	☐
3. Educación secundaria para adultos	☐	☐	☐	☐
4. Enseñanza reglada (primaria-secundaria)	☐	☐	☐	☐
5. Bachillerato	☐	☐	☐	☐
6. Ciclos formativos de grado medio y superior	☐	☐	☐	☐
7. Estudios universitarios	☐	☐	☐	☐
8. Programas socioculturales: arte, teatro, manualidades, etc.	☐	☐	☐	☐
9. Programas de tratamiento de drogas	☐	☐	☐	☐
10. Módulo de respeto	☐	☐	☐	☐
11. Programas para discapacitados	☐	☐	☐	☐
12. Programas deportivos	☐	☐	☐	☐
13. Habilidades sociales	☐	☐	☐	☐
14. Programa de Violencia de género	☐	☐	☐	☐
15. Cursos de género	☐	☐	☐	☐
16. Cursos de autoestima	☐	☐	☐	☐
17. Educación infantil	☐	☐	☐	☐
18. Adaptación y preparación para la libertad	☐	☐	☐	☐
19. Otros, Indique ¿cuál?.....	☐	☐	☐	☐

42. En general, ¿qué es lo más valioso de los programas en los que ha participado?
(Indique dos razones, siendo el 1 la más importante).

- 1)
- 2)

43. En relación con lo que ha aprendido en estos programas, ¿cree usted que le será de ayuda cuando se encuentre en libertad definitiva?

1. Sí ☐
2. No ☐
3. NS/NC ☐

44. ¿Considera usted que la formación laboral recibida en prisión la capacita para encontrar un empleo en el mercado laboral cuando se encuentre en libertad definitiva?

- 1. Sí ☐
- 2. No ☐
- 3. NS/NC ☐

45. ¿Considera usted que las posibilidades de participación en los programas en su centro son...? (facilidad de “enterarse”, de “apuntarse” ...)

- 1. Malas ☐
- 2. Regulares ☐
- 3. Buenas ☐
- 4. Muy buenas ☐

46. ¿Cree usted que los programas ofertados durante el cumplimiento de condena están adaptados a los intereses y necesidades de las mujeres?

- 1. Sí ☐
- 2. No ☐
- 3. NS/NC ☐

47. ¿Por qué motivos se ha apuntado a estos programas? (Puede elegir varias respuestas, ordene posteriormente con 1, 2, 3, 4..., siendo 1 la más importante).

MOTIVOS		Nº preferencia
1. Ocupar el tiempo	☐	
2. Reducir duración condena	☐	
3. Obtener beneficios económicos	☐	
4. Ver a mi pareja	☐	
5. Aprender algo que me ayude en la vida	☐	
6. Tener posibilidad de encontrar un empleo al salir	☐	
7. Para ligar	☐	
8. No estoy apuntada en el programa	☐	
9. NS/NC	☐	
10. Otros, indique ¿Cuál?.....	☐	

48. ACTUALMENTE, si no está participando en un programa de inserción social:

a. **¿Por qué iniciaría uno?** (*Indique dos razones, siendo el 1 la más importante*).

1)

2)

b. 3) No quiero iniciar ningún programa ahora ☐

¿Por qué?.....

49. Si usted ha abandonado un programa, ¿por qué lo hizo? (*Puede elegir varias respuestas, ordene posteriormente con 1, 2, 3..., siendo 1 la más importante*).

MOTIVOS		Nº preferencia
1. Nunca he hecho ningún curso	☐	-
2. No he abandonado ningún programa iniciado	☐	-
3. Traslado a otro centro	☐	
4. Aburrimiento	☐	
5. Expulsión	☐	
6. Enfermedad	☐	
7. Presión de mi pareja	☐	
8. Cargas familiares	☐	
9. Dificultad para realizar otras actividades	☐	
10. NS/NC	☐	
11. Otros, indique ¿cuál? ..	☐	

BLOQUE III

50. Indique cómo son en general sus relaciones actuales con:

(Leer y marcar todas las opciones).

	<i>No hay relación</i>	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>	<i>No * Procede</i>
1. Compañeros (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Compañeras (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Funcionarios (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Funcionarias (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Trabajadores sociales (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Trabajadoras sociales (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Educadores (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Educadoras (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Psicólogos (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Psicólogas (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Juristas Hombres (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Juristas Mujeres (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Monitores (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Monitoras (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Educadores infantiles (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Educadoras infantiles (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Subdirectores (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Subdirectoras (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Directores (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Directoras (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Maestros (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Maestras (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Voluntarios (hombres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Voluntarias (mujeres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Otros: ¿quién?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* No procede: No existe la figura o la persona para valorar

51. Conteste a las siguientes cuestiones. (Leer y marcar todas las opciones).

	DURANTE CONDENA <i>N= nunca</i> <i>AV= A veces (pocas veces)</i> <i>CF= Con frecuencia (muchas veces)</i> <i>S= siempre</i>	
1. Las mujeres somos más fuertes y capaces que los hombres para aguantar los problemas	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
2. Pienso mucho en las consecuencias de mis actos antes de tener un problema o conflicto, por eso “lo llevo muy bien”.	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
3. Existe rivalidad, envidia y competitividad entre las compañeras de prisión	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
4. Discuto acaloradamente sin llegar a las manos con mis compañeras de prisión	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
5. Tengo o he tenido discusiones o problemas con mis compañeras de prisión llegando a las manos	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
6. No destaco en mis participaciones en las actividades o relaciones con el personal penitenciario para que mis compañeras no se me “echen encima”	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
7. Me llevo bien con el personal penitenciario para tener buen trato o beneficios	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
8. He tenido o tengo problemas y discusiones con el personal penitenciario, ¿tipo de problema?	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
9. El medio cerrado y los reglamentos en prisión no dejan que pueda atender adecuadamente a mi hijo/a	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	No procede (no tengo hijo/a)
10. En el módulo soy colaboradora con mis compañeras y cuando yo lo necesito, me ayudan.	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
11. He aprendido en la prisión a controlar mis impulsos	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	
Observación:		

* Observación: puede incluir información adicional o que puntualice el hecho, la persona u otra cuestión de interés. –opcional–

52. ¿Considera usted que la vida en prisión de las mujeres en comparación a la de los hombres es en relación a...? (Leer y marcar todas las opciones).

	<i>Peor</i>	<i>Igual</i>	<i>Mejor</i>
1. Celda/Habitación	☐	☐	☐
2. Espacios comunes	☐	☐	☐
3. Módulos	☐	☐	☐
4. Destino o trabajo remunerado	☐	☐	☐
5. Actividades socioculturales	☐	☐	☐
6. Actividades para el empleo	☐	☐	☐
7. Beneficios penitenciarios	☐	☐	☐
8. Salud	☐	☐	☐
9. Educación familiar (<i>escuela de padres, madres...</i>)	☐	☐	☐
10. Tratamiento Médico	☐	☐	☐
11. Tratamiento psicológico	☐	☐	☐
12. Tratamiento drogodependencia	☐	☐	☐
13. Atención recibida del funcionariado	☐	☐	☐
14. Salidas y programas en el exterior	☐	☐	☐
15. Otros recursos ¿cuál?	☐	☐	☐
.....			

53. ¿Cómo valora las consecuencias, en su vida, desde la estancia en prisión?

- 1. Mala ☐
- 2. Regular ☐
- 3. Buena ☐
- 4. Muy buena ☐

54. Indique cómo son las relaciones familiares actuales durante el cumplimiento de la condena con las siguientes personas:

(Leer y marcar todas las opciones).

	<i>No hay relación</i>	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>	<i>No * procede</i>
1. Padre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Madre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Pareja actual	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hijos residiendo con usted	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Hijas residiendo con usted	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hijos que <u>no residen</u> con usted	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hijas que <u>no residen</u> con usted	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hermanos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Hermanas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Otros ¿quiénes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* No procede: No existe la persona para valorar

55. Cuando tiene problemas/dificultades personales, ¿ha tenido o tiene apoyo por parte de? (Marque de quien ha tenido apoyo antes y después de entrar en prisión, puede señalar varias opciones).

	<i>Antes de cumplir condena</i>	<i>Durante la condena</i>
1. De nadie		
2. Padre	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
3. Madre	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
4. Pareja	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
5. Familia de las parejas	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
6. Hermanos	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
7. Hermanas	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
8. Otros familiares	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
9. Compañeras de internamiento	-	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
10. Compañeros de internamiento	-	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
11. Amigos	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
12. Amigas	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
13. Vecinos	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
14. Vecinas	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
15. Compañeros de trabajo	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
16. Compañeras de trabajo	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
17. Grupos, instituciones o entidades. ¿Cuál?	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
18. Otros: ¿Cuál?	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐	SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
19. Observaciones:		

* Observación: puede incluir información adicional o que puntualice el hecho, la persona, el tipo de ayuda u otra situación o cuestión de interés –opcional-.

56. Cumplimente el siguiente cuadro relacionado con su actual pareja o con última pareja en el caso de no tener una pareja en este momento. (Leer y marcar todas las opciones).

	<i>ANTES CONDENA</i> <i>N= nunca</i> <i>AV= A veces (pocas)</i> <i>CF= Con frecuencia (muchas)</i> <i>S= Siempre</i>	<i>DURANTE CONDENA</i> <i>N= nunca</i> <i>AV= A veces (pocas)</i> <i>CF= Con frecuencia (muchas)</i> <i>S= Siempre</i>
1. Me impide o dificulta tener relaciones con mi familia, amigos/as, compañeros/as	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
2. Me pone trabas para que trabaje o estudie	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
3. Me pone trabas a que participe en actividades o reuniones sociales	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
4. Controla mi forma de vestir y de arreglarme	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
5. Me obliga a pensar y a creer en lo mismo que él.	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
6. Me obliga a hacer trabajos que no son “buenos” o peligrosos (trabajos ilegales, delictivos, social o moralmente cuestionados)	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
7. Intenta controlar mi dinero, compras o gastos que hago	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
8. Usa mi dinero como si fuese suyo	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
9. Cuando se enfada llega a empujarme o golpearme	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
10. Cuando se enfada agrede a animales u objetos de mi estima	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
11. Me hace sentir poca cosa y no reconoce lo que valgo.	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
12. Me insulta, humilla o amenaza	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
13. En ciertas ocasiones sus comportamientos me producen miedo	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
14. Me fuerza a mantener relaciones sexuales contra mi deseo	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
15. Me obliga a mantener relaciones sexuales degradantes o humillantes	N ☐ AV ☐ CF ☐ S	N ☐ AV ☐ CF ☐ S
Observaciones: señalar alguna cosa que desee aclarar:.....		

57. ¿Alguna vez, ha podido llegar a hacer daño a sus hijos/as?

1. Sí ☐ → Indique ¿de qué tipo o forma?
2. No ☐
3. NS/NC ☐

58. ¿Alguna vez, sus hijos/as han sido maltratados/as por otra persona?

1. Sí ☐ → Indique ¿por quién?
2. No ☐
3. NS/NC ☐

59. ¿Ha puesto Ud. alguna denuncia por malos tratos?

1. Sí ☐ → indique
 1. Por malos tratos hacia usted ☐
 2. Por malos tratos hacia sus hijos/as ☐
 3. Por malos tratos hacia algún miembro de su familia ☐
2. No ☐

BLOQUE IV

3. NS/NC



60. ¿Padece algún problema/enfermedad de salud física que Ud. conozca?

1. Sí ☐ → *Rellene la tabla*
2. No ☐ → *Pase a 61*
3. NS/NC ☐ → *Pase a 61*

60.1. ENFERMEDADES	Sí	Año desde que padece (*)	¿Recibe tratamiento médico?	
			Sí	No
1. VIH	☐		☐	☐
2. Hepatitis A y/o B	☐		☐	☐
3. Hepatitis C	☐		☐	☐
4. Otras enfermedades de transmisión sexual	☐		☐	☐
5. Otras, indique ¿cuál?	☐		☐	☐
.....				

(*) Si no recuerda el año, deje en blanco la respuesta y continúe.

61. ¿Usted siente o padece alguna de estas situaciones y/o problemas?

(Leer y marcar todas las opciones)

SENSACIONES O SITUACIONES	Sí	No	NS/NC		
1. Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	☐	☐	☐		
2. Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc. con miedo o temor continuo	☐	☐	☐		
3. Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme	☐	☐	☐		
4. Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal	☐	☐	☐		
5. Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	☐	☐	☐		
6. En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial , límite o histriónico	☐	☐	☐		
7. He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos	☐	☐	☐		
8. Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua	☐	☐	☐		
9. alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento	☐	☐	☐	Sí ¿Cuántos?	
10. alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mí misma	☐	☐	☐		
11. Otro diagnóstico de salud mental, ¿cuál?	☐	☐	☐		

62. ¿Recibe usted tratamiento por estos problemas u otros psicológicos o psiquiátricos?

(Se refiere a la pregunta anterior nº 61. Marcar con una X lo que corresponda).

TRATAMIENTO	Sí	No	NS/NC
1. No recibo ningún tratamiento ni tomo nada.	☐	☐	☐
2. Automedicación, las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno	☐	☐	☐
3. Farmacológico, sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario	☐	☐	☐
4. Recibo tratamiento con el Psicólogo/a	☐	☐	☐
5. Otros, indique ¿cuál?.....	☐	☐	☐

63. ¿Tiene usted reconocida alguna incapacidad?

	Sí	63.1. Sí, ¿en qué grado? *	No	NS/NC
1. Física	☐	☐	☐	☐
2. Psíquica	☐	☐	☐	☐
3. Sensorial	☐	☐	☐	☐

(*) Si no recuerda el porcentaje, deje en blanco la respuesta y continúe.

64. Si tiene hijos/as, ¿alguno de ellos/as nació con síndrome de abstinencia?

1. Sí ☐ → ¿Fue hospitalizado?

1. Sí

☐

2. No

☐

3. NS/NC

☐

2. No ☐

3. NS/NC ☐

65. Durante sus relaciones sexuales, ¿utiliza métodos anticonceptivos?

		¿Cuál?
1. Siempre	☐	
2. A veces	☐	
3. Nunca	☐	
4. Ns/Nc	☐	

BLOQUE V

66. ¿Ha consumido alcohol y/o tabaco a lo largo de su vida?

1. Sí ☐
2. No (nunca he probado nada) ☐ → *Pasar a 71*
3. NS/NC ☐

67. ¿Ha consumido otras drogas a lo largo de su vida?

1. Sí ☐
2. No (nunca he probado nada) ☐ → *Pasar a 71*
3. NS/NC ☐

68. ¿Consume usted alcohol y/o tabaco en la actualidad?

1. Sí ☐
2. No ☐ → *Pasar a 71*
3. NS/NC ☐

69. ¿Consume usted alguna droga en la actualidad?

1. Sí ☐ → *Pasar a 71*
2. No ☐
3. NS/NC ☐

70. En caso de abstinencia ¿Cuánto tiempo lleva usted sin consumir la sustancia principal que le ha generado problemas? (Marque con una X lo que corresponda).

1. Menos de 1 año	☐
2. Entre 1 y 2 años	☐
3. Entre 3 y 5 años	☐
4. Más de 5 años	☐

71. ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN POR PRIMERA VEZ

(Completar el siguiente cuadro marcando con una X lo que corresponda)

SUSTANCIA	Consumió alguna vez		Edad de inicio	Tiempo de consumo (meses/ Años)	Frecuencia				VIA de consumo							
	sí	no			1. Probada (1-4 veces puntual)	2. Ocasional	3. Semanal	4. Diaria	1. Oral: boca o tragada	2. Fumada: en plata, chino, pipa, botella...	3. Fumada tipo Cigarro	4. Inyectada	5. Esnifada: nariz	Otras formas de consumo	Ns/nc	
1. Tabaco																
2. Alcohol																
3. Cannabis																
4. Tranquilizantes / Hipnóticos recetados *																
5. Tranquilizantes / Hipnóticos <u>no recetados</u>																
6. Heroína sola																
7. Heroína + Cocaína																
8. Metadona recetada																
9. Metadona <u>no</u> recetada																

SUSTANCIA	Consumió alguna vez		Edad de inicio	Tiempo de consumo (meses/ Años)	Frecuencia				VIA de consumo							
	sí	no			1. Probada (1-4 veces puntual)	2. Ocasional	3. Semanal	4. Diaria	1. Oral: boca o tragada	2. Fumada: en plata, chino, pipa, botella...	3. Fumada tipo Cigarro	4. Inyectada	5. Esnifada: nariz	Otras formas de consumo	Ns/nc	
10. Opiáceos diferentes a heroína o metadona <u>no recetados</u> por el médico																
11. Cocaína base																
12. Cocaína polvo																
13. Anfetaminas																
14. Éxtasis																
15. Alucinógenos																
16. Inhalables																
17. Anestésicos. éxtasis líquido: ketamina																
18. Otras sustancias ¿Cuáles?																
19. <u>Observación.</u> Indique sustancia principal de consumo: (Puede añadir lo que desee)																

72. ¿Ha realizado repetidamente alguna actividad/situación peligrosa bajo los efectos de alguna sustancia? (Leer y marcar todas las opciones).

	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>NS/NC</i>
1. Conducir	☐	☐	☐
2. Problemas legales repetidos	☐	☐	☐
3. Discusiones, actos violentos, agresivos, con amigos o la gente del entorno social	☐	☐	☐
4. Discusiones, actos violentos, agresivos, con la pareja o familia	☐	☐	☐
5. Problemas/dificultades en la familia	☐	☐	☐
6. Problemas/dificultades en el trabajo	☐	☐	☐
7. Problemas/dificultades en el colegio o centro de estudios	☐	☐	☐
8. Expuesta en la calle	☐	☐	☐
9. Otros, ¿cuál?	☐	-	-
10. No he hecho ninguna actividad peligrosa	☐	☐	☐

ANTERIOR AL INGRESO EN PRISIÓN (*Último ingreso*).

73. ¿Ha tenido usted alguna vez tratamiento de cualquier tipo para dejar o controlar el consumo de drogas?

1. Sí ☐
2. No ☐ → *Pasar a 79*
3. NS/NC ☐

74. ¿Qué tipo de tratamiento ha recibido? (*Marcar con una X lo que corresponda, junto al número de veces que ha recibido dicho tratamiento*).

	<i>NO</i>	<i>SÍ</i>	<i>(SÍ) ¿Cuántas veces?</i>	<i>Sustancia principal de tratamiento</i>
1. Desintoxicación (ambulatoria, hospitalaria, clínica privada, centro privado...)	☐	☐		
2. Tratamiento ambulatorio (<i>centros salud, consultas privadas, psicólogo, psiquiatra...</i>)	☐	☐		
3. Centro de día	☐	☐		
4. Comunidad Terapéutica, (tratamiento residencial)	☐	☐		
5. Tratamiento con metadona	☐	☐		
6. Otros, indique ¿cuál?	☐	☐		

75. ¿Finalizó el último tratamiento estando aún en libertad?

1. Sí ☐
2. No ☐ → *Pasar a rellenar motivo en tabla*
3. NS/NC ☐

75.1. MOTIVO	SÍ	NO	NS/NC
1. En el centro le dieron el alta	☐	☐	☐
2. Se fue voluntariamente	☐	☐	☐
3. Le expulsaron	☐	☐	☐
4. Le enviaron a otro centro de tratamiento	☐	☐	☐
5. Ingresó en prisión	☐	☐	☐
6. Otros, Indique ¿cuál?	☐	☐	☐

DESPUÉS DEL INGRESO EN PRISIÓN (Último ingreso).

76. ¿Continuó en la prisión el tratamiento que estaba recibiendo estando en libertad?

1. Sí ☐
2. No ☐ → *Pasar a 78*
3. NS/NC ☐

77. ¿Cuál fue el motivo por el que continuó el tratamiento?

(Puede marcar varias opciones).

MOTIVOS
1. Porque lo necesitaba
2. Por la accesibilidad para estar en tratamiento y hacer otras actividades (destino, talleres,...)
3. Por la confianza hacia las normas y/o programas de tratamiento
4. Porque me ofrecieron entrar en tratamiento
5. Otros, indique ¿cuál?

78. ¿Cuál fue el motivo principal por el que no continuó el tratamiento desde el ingreso en prisión. *(Puede marcar varias opciones).*

MOTIVOS
1. Porque no lo necesitaba
2. El tratamiento me resultaba muy duro
3. Me interfería estar en otras actividades
4. Porque no tenía confianza hacia las normas y/o programas de tratamiento
5. Por conducción o traslado

6. NS/NC

7. Otros, indica ¿cuál?

79. EN LA ACTUALIDAD (Completar el siguiente cuadro marcando con una X lo que corresponda).

SUSTANCIA	CONSUMO EN LOS ULTIMOS 30 DÍAS			¿Se inició en prisión?			Tiempo de consumo (meses/años)	Frecuencia				VIA de consumo						
	si	no	Ns/Nc	Sí	No	Ns/Nc		1. Probada (1-4 veces)	2. Ocasional	3. Semanal	4. Diaria	1. Oral: boca o tragada	2. Fumada: en plata, chino, pipa, botella...	3. Fumada tipo Cigarro	4. Inyectada	5. Esnifada: nariz	Otras formas o vías para consumir	Ns/nc
1. Tabaco																		
2. Alcohol																		
3. Cannabis																		
4. Tranquilizantes/ Hipnóticos <u>recetados</u>																		
5. Tranquilizantes /Hipnóticos <u>no recetados</u>																		
6. Heroína sola																		
7. Heroína + Cocaína																		
8. Metadona <u>recetada</u>																		
9. Metadona <u>no</u> recetada																		

SUSTANCIA	CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS			¿Se inició en prisión?			Tiempo de consumo (meses/años)	Frecuencia				VIA de consumo						
	si	no	Ns/Nc	Sí	No	Ns/Nc		1. Probada (1-4 veces)	2. Ocasional	3. Semanal	4. Diaria	1. Oral: boca o tragada	2. Fumada: en plata, chino, pipa, botella...	3. Fumada tipo Cigarro	4. Inyectada	5. Esnifada: nariz	Otras formas o vías para consumir	Ns/nc
10. Opiáceos diferentes a heroína o metadona <u>no</u> <u>recetados</u> por el médico																		
11. Cocaína base																		
12. Cocaína polvo																		
13. Anfetaminas																		
14. Éxtasis																		
15. Alucinógenos																		
16. Inhalables																		
17. Anestésicos. Éxtasis líquido: ketamina																		
18. Otras sustancias ¿Cuáles?...																		
19. Observación. Sust. principal																		

80. ¿ACTUALMENTE está en tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas?

1. Sí ☐

2. No ☐ → *Pasar a 84*

3. NS/NC ☐

81. ¿Qué tipo de tratamiento está recibiendo? *(Puede marcar varias opciones. Observación: marque con una X adicional el programa principal).*

TIPO DE TRATAMIENTO ACTUAL
1. Tratamiento de desintoxicación
2. Tratamiento de deshabituación (sin metadona)
3. Tratamiento de deshabituación con metadona
4. Intercambio de jeringuillas
5. Otros. Indique ¿cuál?
6. Observación: Sustancia principal. Indique ¿cuál?

82. ¿Cuáles fueron los motivos por los que inició el último tratamiento? *(Señale dos motivos que considere más importantes).*

MOTIVOS

1. Presiones familiares: Pareja, padres, hijos	[
2. Quedarme embarazada	[
3. Enfermedad física (VIH, Hepatitis, otras)	[
4. Problemas psíquicos	[
5. Otros: indique ¿cuál?.....	[

83. ¿Qué valoración global hace de este tratamiento? (del programa principal)

- 1. Mala ☐
- 2. Regular ☐
- 3. Buena ☐
- 4. Muy buena ☐

84. En caso de *NO ESTAR* actualmente en tratamiento, ¿cuáles son los motivos? (Señale dos motivos que considere más importantes).

MOTIVOS
1. Porque no lo necesito
2. No quiero o no me apetece realizar ningún tratamiento
3. Por dificultades para estar en tratamiento y hacer otras actividades (destino, talleres, ...)
4. Por desconfianza hacia las normas y/o programas de tratamiento
5. Porque no me ofrecieron entrar en tratamiento
6. Por conducción o traslado
7. Alta en otro programa
8. Abandono, baja voluntaria
9. Expulsión
10. Porque ya no consumo
11. NS/NC
12. Otros, indique ¿cuáles?

85. En el caso que usted siga consumiendo drogas, señale dos motivos por las que iniciaría un tratamiento

MOTIVOS
1. Porque tengo confianza en los profesionales
2. Porque quiero cambiar mi estilo de vida
3. Por no causar daño/sufrimiento “a mi alrededor”
4. Otros, indique ¿cuál?

86. Marque con una X la frase con la que está de acuerdo:

(Marcar una sola respuesta).

FRASES
1. No tengo ningún problema con las drogas y no necesito cambiar
2. Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas.
3. He empezado a hacer algo con mi problema con las drogas y necesito más ayuda.
4. Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando.
5. Llevo más de seis meses sin consumir.
6. Varios años sin consumir

87. ¿Ha consumido alcohol, tabaco o drogas estando embarazada?

1. Sí ☐ → *Rellenar la tabla*
2. No ☐ → *Pasar a 88*
3. NS/NC ☐

87.1. SUSTANCIA
1. Tabaco
2. Alcohol
3. Cannabis
4. Tranquilizantes/Hipnóticos
5. Heroína sola
6. Metadona no recetada
7. Metadona recetada
8. Opiáceos diferentes a heroína o metadona <u>no recetados</u> por el médico, por ejemplo, adolonta, morfina...
9. Cocaína base
10. Cocaína polvo
11. Heroína + Cocaína
12. Anfetaminas
13. Éxtasis
14. Alucinógenos
15. Inhalables
16. Anestésicos. éxtasis líquido: ketamina
17. Otros, indique ¿Cuál?
18. Observación: Indicar la sustancia principal de consumo:

88. Si ha tenido alguna recaída últimamente, marque con una X los motivos

(Puede marcar varias opciones).

MOTIVOS

1. Deseo incontrolable de consumir la sustancia (Craving).
2. Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.
3. Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...
4. Ingreso en prisión
5. Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as
6. Salida de prisión y volver a entorno anterior
7. Presencia de problemas sociales.
8. Presencia de problemas familiares.
9. Presencia de problemas con la pareja
10. Por no querer afrontar mi realidad del día a día
11. Otro, Indique ¿Cuál?

89. ¿Alguno de sus familiares tiene o ha tenido algún problema con el alcohol y/o otras drogas?

1. Sí ☐
2. No ☐
3. NS/NC ☐

SÍ ALCOHOL		NO	NS/ NC	SÍ OTRAS DROGAS ILEGALES		NO	NS/ NC
89.1	89.2			89.3	89.4		
	<i>Tiene</i>	<i>Ha tenido</i>		<i>Tiene</i>	<i>Ha tenido</i>		
1. Ninguno	-	-	-	-	-	-	-
2. Padre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Madre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hijos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Hijas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hermanos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hermanas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Pareja actual	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Parejas anteriores	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Otros, ¿quién?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

90. ¿Existen módulos o programas de tratamiento de drogas en su centro de cumplimiento o en colaboración con el mismo?

1. Sí ☐
2. No ☐

3. NS/NC ☐

91. ¿Son sólo para mujeres? (*Grupos o programas específicos para mujeres*).

1. Sí ☐

2. No ☐

3. NS/NC ☐

92. ¿Quiere Usted añadir algo más o comentarnos alguna cuestión?

.....

Muchas gracias por su colaboración

*Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social.
Estudio socioeducativo y propuestas de acción
(Proyecto I+D+I: Ref. EDU2009-13408)*

CUESTIONARIO DE PROFESIONALES

Financia:



Autorizado:



BLOQUE I: DATOS DEL CENTRO

Número de cuestionario:

1. Nombre de Centro

.....

2. Tipo:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Mod. mujeres CP | ☐ ... |
| 2. Mod. Respeto CP | ☐ ... |
| 3. Mod. Familiar | ☐ ... |
| 4. Unidad-Mod.Madres CP | ☐ ... |
| 5. Psiquiátrico CP | ☐ ... |
| 6. UTE.CP | ☐ ... |
| 7. CT.CP | ☐ ... |
| 8. S.Abierta | ☐ ... |
| 9. CIS | ☐ ... |
| 10. UE | ☐ ... |
| 11. UDM | ☐ ... |
| 12. Centro de día (extrap.) | ☐ ... |
| 13. Extrapenitenciarios | ☐ ... |
| 14. Otro | ☐ ... |

3. Fecha: Día Mes Año

BLOQUE II: DATOS DEL PROFESIONAL QUE CONTESTA EL CUESTIONARIO

4. Sexo:

1. H ☐
2. M ☐

5. Edad:

6. Nacimiento:

Localidad

Provincia

7. Situación laboral:

1. Funcionario/a de IIPP
2. Funcionario/a de otras Administraciones del Estado ¿Cuál?
3. Contratado por la Administración penitenciaria
4. Contratado por la Entidad Colaboradora
5. Colaborador de Entidad colaboradora
6. Voluntario/a
7. Otros: ¿Cuál?

8. Tiempo de trabajo o colaboración con la entidad penitenciaria en años o meses

(en el caso de que aún no llegue al año):

1. No llega al año ☐ ¿número de meses?
2. 1 año ☐ y meses
3. 2-3 años ☐ y meses
4. 4-5 años ☐ y meses
5. Más de 5 años ☐ ¿cuántos?

9. Cargo que desempeña:

1. Director/a de programas	☐
2. Coordinador/a del programa	☐
3. Educador /a	☐
4. Psicólogo/a	☐

5. Subdirector/a de tratamiento	☐
6. Otros: especificar...	☐

10. Perfil profesional (*titulación*):

1. Sociólogo/a	☐
2. Educador/a social	☐
3. Psicólogo/a	☐
4. Criminólogo/a	☐
5. Trabajador/a social	☐
6. Pedagogo/a	☐
7. Maestro/a	☐
8. Otros: especificar...	☐

BLOQUE III: DATOS GENERALES RELATIVOS A LA ENTIDAD PROMOTORA DEL PROGRAMA

Por favor, conteste a las siguientes cuestiones relativas al primer programa que Ud. ha seleccionado entre los que juzga más importantes para las mujeres reclusas:

11. Nombre o razón social (con sus siglas acrósticas si las usa):
12. Domicilio:
13. C.P. Localidad:
14. Provincia:
15. Teléfono:
16. Correo electrónico:

17. Tipo de entidad:

1. Entidad sin ánimo de lucro	☐
2. Institución Penitenciaria	☐
3. Institución religiosa, ¿cuál?...	☐
4. Entidad financiera	☐
5. Entidad o Administración pública	☐
6. Otros, ¿cuál?...	☐

18. Colectivo de mujeres con el que trabaja la entidad:

1. Mujeres reclusas en medio cerrado	☐
2. Mujeres reclusas en régimen de semilibertad	☐
3. Mujeres en libertad condicional	☐
4. Ex reclusas	☐
5. Otro, ¿cuál?...	☐

BLOQUE IV: DATOS RELATIVOS AL PRIMER PROGRAMA ELEGIDO

19. ¿Cómo se denomina este programa? o ¿Cuál es su nombre?

20. ¿Cuál es el régimen de clasificación del colectivo al que va dirigido?

1. Cerrado	☐
2. Ordinario	☐
3. Abierto	☐

21. Si el régimen es el abierto, ¿cuál es el artículo de clasificación?

1. 104.4	☐
2. 197	☐
3. 100.2	☐
4. 82.1	☐
5. 83	☐
6. 165	☐
7. 182	☐
8. 86.4TL	☐
9. 86.4 no TL	☐
10. Otro, ¿Cuál?...	☐

22. ¿En cuál de los siguientes apartados clasificaría básicamente este programa?

(Puede elegir varios apartados, al lado marque con una X un enfoque preferente).

Clasificación programa		Enfoque Pref.
1. Educación Social	☐	
2. Prevención o tratamiento de drogodependencias.	☐	
3. Reinserción social	☐	
4. Reinserción laboral: formación profesional y empleo.	☐	
5. Género	☐	
6. Otro: Indique ¿cuál?...	☐	

23. ¿Cuáles son los objetivos más importantes que persigue este programa? *(En*

orden de prioridad, siendo 1 el más importante).

1	
2	
3	
4	

24. Señale las áreas a las que se orientan los objetivos del programa y, si es posible, el número de los mismos para cada área o áreas que se trabajan con el colectivo de mujeres (Puede marcar varias opciones).

ÁREA		Nº objetivos
1. La motivación	☐	
2. La educación formal	☐	
3. La salud	☐	
4. La formación laboral	☐	
5. La educación infantil	☐	
6. Habilidades sociales	☐	
7. La igualdad o el género	☐	
8. El deporte	☐	
9. “La desprisonalización”	☐	
10. Asunción de responsabilidades y/o autocontrol	☐	
11. La autoestima	☐	
12. Adaptación y preparación para la libertad	☐	
13. La familia o apoyos sociales	☐	
14. La desintoxicación	☐	
15. La deshabituación	☐	
16. Artes, música y cultura	☐	
17. Otros, ¿cuál?...	☐	

25. ¿Cuál es su valoración en relación con la consecución de los objetivos una vez terminado el programa?

1. La mayoría de presas los consigue ampliamente
2. La mayoría los consigue de manera suficiente
3. La mayoría no los consigue
4. Las presas en general no tienen la capacidad para responder a las demandas del programa
5. Otros, ¿cuáles?...

26. ¿Incluye este programa un enfoque o perspectiva de género?

(Puede elegir varios apartados. En caso de que haya varias respuestas positivas “sí” en la columna contigua marque con una X un solo enfoque preferente).

	Sí	Sí. Enfoque Pref.	No
1. En la formulación lingüística.	☐		☐
2. En los problemas o necesidades tratadas.	☐		☐
3. En la especialización del programa.	☐		☐
4. En la especificidad del colectivo a quien se dirige el programa.	☐		☐
5. En cuanto a la igualdad entre hombres y mujeres.	☐		☐
6. Es más bien genérico o mixto sin distinciones	☐		☐

27. En su opinión, ¿el programa se adapta a las mujeres y su situación?

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1. Nada | ☐ |
| 2. Poco | ☐ |
| 3. Bastante | ☐ |
| 4. Mucho | ☐ |

28. ¿Cuáles son las estrategias o actividades más importantes del programa?

(Incluya a ser posible el mes de inicio y de conclusión de las mismas).

Estrategias o actividades	Mes de inicio	Mes de término
1.		
2.		
3.		
4.		

29. Si se relacionan las actividades con los objetivos buscados por el programa, ¿cree Ud. que las actividades que se realizan son adecuadas para conseguir los objetivos e igualmente la cantidad de las mismas?

1. Son adecuadas y su número cubre ampliamente los objetivos
2. Son adecuadas pero se quedan escasas en cuanto al número
3. Son poco adecuadas y el número de las mismas está bien
4. Algunas sí, otras no y el número está bien.
5. Son inadecuadas: sirven para pasar el tiempo u otros intereses, pero no para los objetivos del programa

6. Deberían revisarse de cara a conseguir los objetivos	
7. Otro, ¿cuál?...	

30. Desde su punto de vista ¿cuál es el grado de implicación de las mujeres en las actividades del programa?

1. Son muy participativas	☐
2. Son bastante participativas	☐
3. Son escasamente participativas	☐
4. No son nada participativas	☐
5. Otra circunstancia, ¿cuál?...	☐

31. ¿Cómo califica Ud. la asistencia y continuidad de las mujeres en las actividades del programa?

1. Asisten regularmente todas hasta concluir las
2. Asisten con bastante regularidad y la mayoría las concluye
3. Asisten ocasionalmente y la mayoría las abandona, aunque algunas las terminan
4. La mayoría las abandona muy pronto
5. Otra circunstancia, ¿cuál?...

32. ¿Cuántas mujeres participan en el programa?

- Número de participantes directas:
- Número de participantes indirectas:

33. ¿Cómo considera Ud. el número de plazas que se ofertan en este programa?

1. Excesivo	2. Escaso	3. Suficiente	4. Adecuado
☐	☐	☐	☐

34. Indique los criterios que se exigen para incluir a las presas en este programa:

1	
2	
3	
4	

35. ¿Cómo considera Ud. estos criterios?

1. Muy buenos. Se adecuan a las necesidades de las mujeres

- | |
|--|
| 2. Bastante adecuados. Se adaptan a las necesidades de ellas |
| 3. Inadecuados. Se adecuan escasamente a sus necesidades y son difíciles de cumplir. |
| 4. Otra circunstancia, ¿cuál?.. |

36. ¿Cuál es la duración del programa?

1. Trimestral	☐
2. Semestral	☐
3. Anual	☐
4. Bianual	☐
5. Otra, ¿cuál?..	☐

37. ¿Cómo considera Ud. la duración del programa?

1. Excesivo	2. Escaso	3. Suficiente	4. Adecuado
☐	☐	☐	☐

38. Cuántos y de qué tipo son los recursos humanos que intervienen en la aplicación del programa?

	Nº de hombres	Nº de mujeres	Nº de educadores/as	Otros: cuántos
1. Profesionales penitenciarios				
2. Profesionales no penitenciarios				
3. Personal voluntario				

39. ¿Cómo considera Ud. el tipo de los recursos humanos para el desarrollo de las actividades del programa?

1. Inadecuado	2. Adecuado	3. Bastante adecuado	4. Muy adecuado
☐	☐	☐	☐

40. ¿Qué piensa sobre el número de los recursos humanos ?

1. Excesivo	2. Escaso	3. Suficiente	4. Adecuado
☐	☐	☐	☐

41. ¿Qué otros recursos utiliza este programa? (Describalos).

1. Materiales:	
2. Equipamientos:	
3. Infraestructuras:	
<i>(Especificar el lugar dónde se desarrolla el programa: instalaciones del CP, instalaciones de la ONG o Entidad colaboradora, instalaciones públicas...).</i>	

42. ¿Cómo considera Ud. estos recursos para el desarrollo del programa?

1. Excesivo	2. Escaso	3. Suficiente	4. Adecuado
☐	☐	☐	☐

43. ¿De qué entidades recibe apoyos económicos el programa, en qué cantidad y cuál es el presupuesto total?

Entidades colaboradoras	Cantidad aportada
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6. Presupuesto total:	

44. ¿Cómo considera Ud. los recursos económicos para el desarrollo del programa?

1. Excesivo	2. Escaso	3. Suficiente	4. Adecuado
☐	☐	☐	☐

45. ¿Qué tipo o tipos de evaluación contempla el programa?

1. Inicial de diagnóstico, antes de comenzar a desarrollar las actividades para valorar la motivación y las capacidades de las mujeres.
2. Durante el desarrollo de las actividades para valorar los logros y replantearse reajustes de cara a conseguir los objetivos.
3. Al terminar el programa para valorar lo que se ha conseguido.
4. Otro, ¿cuál?..
5. No se hace evaluación formal o explícita (pase a la pregunta n° 47)

6. No se hace ningún tipo de evaluación (pase a la pregunta n° 48)

46. En el caso de que se haga evaluación ¿Quiénes son los responsables de hacer la evaluación?

1. Los propios técnicos del programa	☐
2. La Institución responsable	☐
3. Instituciones Penitenciarias	☐
4. La Administración pública (auditoría)	☐
5. Las propias participantes	☐
6. Otros, ¿quiénes?...	☐
7. No hay responsable	☐

47. ¿Prevé el programa alguna forma de seguimiento de los resultados?

(Puede elegir varios apartados. En caso de que haya varias respuestas positivas en la columna contigua marque con una X un solo enfoque preferente).

		Enfoque pref.
1. Sí, mediante una ficha de observación	☐	
2. Sí, mediante entrevistas personales	☐	
3. Sí, mediante reuniones grupales cada cierto tiempo	☐	
4. Sí, mediante órdenes o listados de I.I.P.P. para beneficios penitenciarios (registro de control y participación)	☐	
5. Sí, Otra, mediante la siguiente forma:	☐	
6. No se prevé ninguna forma de seguimiento	☐	

48. ¿Podría señalar 2 problemas importantes que Ud. observa en las mujeres que interfieren en el logro de los objetivos del programa?

1º

2º

49. ¿Cuáles serían las 2 necesidades más importantes de las mujeres que, según Ud., no son atendidas por el programa y que interfieren en el logro de los objetivos?

1º

2º

50. ¿Podría indicar los 2 motivos más importantes por los cuales las mujeres que participan en el programa se dan de baja o lo abandonan?

1°

2°

51. En su opinión, ¿cuáles son los 2 puntos fuertes o fortalezas más importantes de este programa?

1°

2°

52. Así mismo, ¿cuáles serían los 2 puntos más débiles de este programa?

1°

2°

53. ¿Desea añadir alguna observación más sobre el programa?

.....

54. ¿Alguna otra observación sobre las mujeres que participan el programa?

.....

55. ¿O sobre otra cuestión que estime necesario?

.....

Gracias por su colaboración.

Colección MUJERES

Dirigida por Consuelo Flecha García, Catedrática de la Universidad de Sevilla (España)

- ACKER, Sandra: *Género y educación*.
- AMADOR, Luis V. y MONREAL, M.^a Carmen: *Intervención social y género*.
- AÑAÑOS-BEDRIÑANA, Fanny T. (Dir.): *En prisión. Realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias en mujeres*.
- ARBER, Sara y GINN, Jay: *Relación entre género y envejecimiento*.
- ASLANBEIGUI, Nahid *et al.*: *Mujeres en tiempos de transformaciones económicas*.
- BERBEL, Sara: *Sin cadenas. Nuevas formas de libertad en el siglo XXI*.
- BOELLA, Laura: *Pensar con el corazón. Arendt, Weil, Stein, Zambrano*.
- BOOTH, Christ *et al.*: *La vida de las mujeres en las ciudades*.
- BREINES, Ingeborg *et al.*: *Mujeres a favor de la paz. Hacia un programa de acción*.
- BRENNER, Rachel F.: *Resistencia ante el Holocausto: Stein, Weil, Frank, Hillesum*.
- BUENDÍA, Josefa: *Mercè Rodoreda. Gritos y silencios en «La Plaza del Diamante»*.
- BUTTARELLI, *et al.*: *Una revolución inesperada. Simbolismo y sentido del trabajo de las mujeres*.
- CACACE, Marina: *Mujeres jóvenes y feminismo*.
- CAINE, Barbara y SLUGA, Glenda: *Género e Historia*.
- CALERO FERNÁNDEZ, M.^a Ángeles: *Sexismo lingüístico*.
- CANCIANI, Domenico y VITO, M. A.: *Simone Weil: la amistad pura*.
- CAO, Marián L. F.: *Creación artística y mujeres. Recuperar la memoria*.
- CHIAIA, María: *El dulce canto del corazón*.
- COLOMBANI, Roger: *Bellas indomables. Mujeres con grandes destinos*.
- DINAN, Susan y MEYERS, Debra: *Mujeres y religión*.
- ELLIS, Julie, L. y WILLINSKY, John (eds.): *Niñas, mujeres y superdotación*.
- ETTORRE, Elisabeth: *Mujeres y alcohol. ¿Placer privado o problema público?*
- EVERINGHAM, Christine: *Maternidad: autonomía y dependencia*.
- F. PONCELA, Anna: *Protagonismo femenino en cuentos y leyendas de México y Centroamérica*.
- FAMERÉE, I. *et al.*: *Misión y lugar de las mujeres en las Iglesias*.
- FISAC, Taciana: *El otro sexo del dragón. Mujeres, literatura y sociedad en China*.
- FLECHA, Consuelo: *Las primeras universitarias en España, 1872-1910*.
- FREEDMAN, Jane: *Feminismo. ¿Unidad o conflicto?*
- GARCÍA DAUDER, Silvia: *Psicología y Feminismo*.
- GARCÍA LASTRA, Marta *et al.*: *Las mujeres cambian la educación*.
- GARCÍA-MINA, Ana: *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*.
- GARNIER, Isabelle y RENARD, Hélène: *Madres de personajes famosos*.
- GENOVESE, Michael: *Mujeres líderes en política. Modelos y prospectiva*.
- GREGORIO GIL, Carmen: *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*.
- GUARDI, Jolanda y BEDENDO, Renata: *Teólogas, musulmanas, feministas*.
- HAINARD, François: *Ciudades y empoderamiento de las mujeres*.
- HERRANZ, Yolanda: *Igualdad bajo sospecha*.
- LÓPEZ CABRALES, M.^a del Mar: *Palabras de mujeres. Escritoras españolas contemporáneas*.
- LÓPEZ GONZÁLEZ, María: *Mujeres con discapacidad*.

LÓPEZ PUIG, Anna y ACEREDA, Amparo (coord.): *Entre la familia y el trabajo*.

MARSICO, Gaia: *Bioética: Voces de mujeres*.

MARTINENGO, Mariri et al.: *Libres para ser. Mujeres creadoras de cultura en la Europa medieval*.

MEDA, Dominique: *El tiempo de las mujeres*.

MORRIS, Jenny: *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*.

MURARO, Luisa: *La indecible suerte de nacer mujer*.

NAVARRO, Marysa y SÁNCHEZ KORROL, Virginia: *Mujeres en América Latina y el Caribe*.

NICOLSON, Paula: *Poder, género y organizaciones. ¿Se valora a la mujer en la empresa?*

PEDRERO, M.^a Guadalupe (coord.): *Tejiendo recuerdos de la España de ayer*.

RAMOS LÓPEZ, Pilar: *Feminismo y música. Introducción crítica*.

RAMPELLO, Liliana: *Virginia Woolf. La vida en la escritura*.

REDONDO, Alicia (coord.): *Mujeres novelistas*.

ROSSILLI, Mariagrazia: *Políticas de género en la Unión Europea*.

SAN MARTÍN, M.^a Nieves: *Matilde Huici. La tercera mujer*.

SEGURA GRAÍÑO, Cristina et al.: *Feminismo y misoginia en la literatura española*.

SIMÓN, María Elena: *Democracia vital. Mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía*.

—: *Hijas de la igualdad, herederas de injusticia*.

—: *La igualdad también se aprende. Cuestión de coeducación*.

SKROBANEK, Siriporn et al.: *Tráfico de mujeres*.

TAILLEFER, Lidia: *Orígenes del Feminismo*.

TOMMASI, Wanda: *Etty Hillesum: la inteligencia del corazón*.

—: *Filósofos y mujeres: la diferencia sexual en la Historia de la Filosofía*.

TORRES, Isabel de (coord.): *Miradas desde la perspectiva de género*.

VALLE, Teresa del et al.: *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*.

Autores/as de la investigación (orden alfabético):

Fanny T. Añaños-Bedriñana, Profesora Titular del Departamento de Pedagogía e Investigadora del Instituto de la Paz y los Conflictos (IPAZ) de la Universidad de Granada, I.P. del Proyecto [Ref. EDU2009-13408]; fanntab@ugr.es

Francisco José del Pozo Serrano, Profesor de la Universidad del Norte, Colombia; fedelpozo@uninorte.edu.co

Araceli Fernández Iglesias, Investigadora del Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto; arfernandez.af@gmail.com

M^{ra} del Pilar Fernández-Sánchez, Profesora del Departamento de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa, Universidad de Granada; pilarfs@ugr.es

María del Mar García-Vita, Profesora de la Universidad del Norte, Colombia; marvita19@hotmail.com

Deibar René Hurtado Herrera, Profesor de la Universidad del Cauca-Colombia; deibarh2yahoo.es

Francisco Jiménez Bautista, Profesor Titular del Departamento de Antropología Social e Investigador del Instituto de la Paz y los Conflictos (IPAZ), de la Universidad de Granada; fjbautis@ugr.es

Juan José Llopis Llácer, Coordinador de la Unidad de Conductas Adictivas de Castellón; jjllopis@pulso.com

Iosifina Mavrou, Profesora de la Universidad Abierta de Chipre; josefina.mavrou@gmail.com

Miguel Melendro Estefanía, Profesor de la Facultad de Educación, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); mmelendro@edu.uned.es

Luis Pantoja Vargas, Catedrático emérito de la Universidad de Deusto; luis.pantoja9@hotmail.com

Ángel M. Turbi Pinazo, Profesor de la Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”, Valencia; amtpbad@cop.es

Concepción Yagüe Olmos, Funcionaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; conyague.sevilla@gmail.com

Proyecto financiado por la Dirección General de Investigación y Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica I+D+I, Ministerio de Ciencia e Innovación/Ministerio de Economía y la Competitividad. Resolución 14-12-09; Ref. EDU2009-13408, titulado “*Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción*”.

Proyecto avalado por el Ministerio de Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (AGE) y Generalitat de Cataluña, Departamento de Justicia, Dirección General de Régimen Penitenciario y Recursos.

© NARCEA, S. A. DE EDICIONES, 2017
Paseo Imperial 53-55, 28005 Madrid. España
www.narceaediciones.es

Ilustración de la portada: Enrique Sáenz Sancha, Responsable del Taller de Pintura del C.P. Albolote, Granada.

ISBN papel: 978-84-277-2280-4

ISBN ePub: 978-84-277-2281-1

ISBN ePub: 978-84-277-2282-8

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.



Nuevas claves para la Docencia Universitaria en el Espacio Europeo de Educación Superior

Benito, Águeda

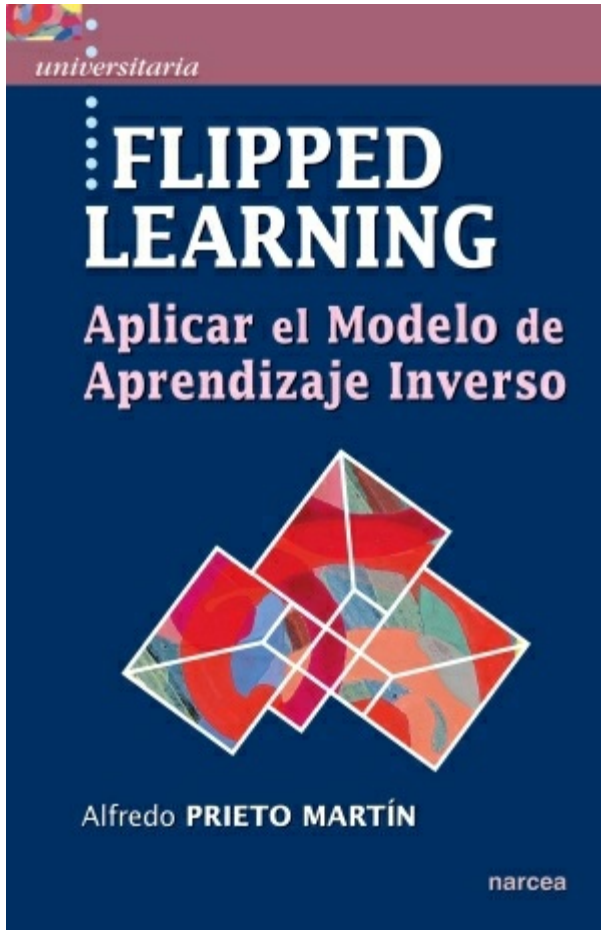
9788427722583

144 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

La redefinición de los objetivos de la Educación Superior que supone el proceso de convergencia europea implica grandes novedades en el planteamiento de la enseñanza que viene desarrollándose en las universidades. Este libro de naturaleza práctica e ilustrado permanentemente por ejemplos concretos y recomendaciones sencillas, pretende facilitar el cambio docente necesario para la verdadera construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. Los autores comienzan describiendo los elementos fundamentales del nuevo enfoque docente, extendiéndose posteriormente en la descripción de un conjunto de herramientas que pueden hacer posible el cambio. Además de abordar la descripción práctica de los métodos activos de enseñanza-aprendizaje y el seguimiento del alumnado por parte del profesor, este libro dedica sendos módulos a la evaluación y a la utilización de las TICs en la Educación Superior, contemplando, finalmente, algunas recomendaciones para el desarrollo integrado de la actividad docente e investigadora del profesorado universitario.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



Flipped learning

Prieto Martín, Alfredo

9788427723481

208 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Aporta al profesorado todos los conocimientos y estrategias que necesita adquirir para llevar a cabo con éxito el modelo de aprendizaje inverso (flipped learning) que tan buenos resultados está dando a miles de profesores de todos los niveles educativos en el mundo. El libro es un manual de ayuda para docentes que quieren empezar a implementar metodologías de aula inversa en sus asignaturas. Aporta conocimientos básicos sobre el modelo de aprendizaje inverso, así como información relevante sobre las distintas metodologías y herramientas tecnológicas que pueden usarse en distintas asignaturas y áreas de conocimiento. Especialmente útiles son los capítulos en los que se explica cómo implementar las distintas metodologías de fomento del estudio previo (Just-in-Time Teaching, Peer Instruction, Team Based Learning y PEPEOLA) y cómo lograr motivar a los alumnos a realizar el estudio previo mediante técnicas de marketing del modelo y de gamificación. También es de gran utilidad el capítulo sobre cómo analizar las respuestas de los alumnos tras la interacción con los materiales, a fin de conocer cuáles son sus intereses y dificultades reales; en el libro se muestran diversos modos de aprovechar este feedforward procedente de los alumnos para replantear las clases, teniendo en cuenta sus intereses y dificultades, proporcionándoles así el feedback que más necesitan. Finalmente, el libro presenta también resultados de experiencias de este modelo, llevadas a cabo con éxito en varias asignaturas universitarias de distintos grados.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

CRUZ A. HERNÁNDEZ y ANA YELEN GUÁRATE

MODELOS DIDÁCTICOS

PARA SITUACIONES
Y CONTEXTOS DE APRENDIZAJE



Modelos didácticos para situaciones y contextos de aprendizaje

Hernández, Cruz Antonio

9788427723535

192 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Un libro teórico-práctico, fruto de la amplia experiencia de los autores, que tiene como propósito, de manera sencilla pero rigurosa, facilitar, mediar y ayudar al docente, en la aplicación de las mejores y más eficaces estrategias de enseñanza-aprendizaje, a través de diversos modelos didácticos, con el fin de que los aprendices aprovechen al máximo sus capacidades y logren un mayor rendimiento, con un esfuerzo razonable. En los más de 30 modelos didácticos que ofrece el libro, se desarrollan todos los aspectos necesarios para su comprensión e implementación: definición y objetivos, es decir, lo que se pretende lograr con la aplicación del modelo; desarrollo de la estrategia didáctica, el procedimiento o protocolo que tanto el docente como el aprendiz han de seguir en el acto didáctico; los aprendizajes esperados cuando se aplica cada modelo; los medios y recursos didácticos para desarrollar cada modelo; y la evaluación de la estrategia. Un texto imprescindible para todos los docentes que forman a los futuros profesores y para los educadores de cualquier nivel: desde preescolar a primaria, secundaria, superior y postgrado.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

MERCEDES BLANCHARD y M^a DOLORES MUZÁS

LOS PROYECTOS DE APRENDIZAJE

*Un marco metodológico clave
para la innovación*



narcea

Los Proyectos de Aprendizaje

Blanchard, Mercedes

9788427722101

208 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Qué se entiende por innovar? ¿Cuáles son los planteamientos educativos concretos a los que deberá responder una institución educativa que quiera ser innovadora? El libro presenta, en primer lugar, una reflexión teórica sobre el sentido, presupuestos y elementos básicos de la innovación educativa. Y, en segundo lugar, los resultados de los procesos llevados a cabo con equipos docentes y comunidades educativas de diferentes niveles. Responde a la cuestión qué se entiende por innovar y facilita algunas claves que pueden ayudar a reconocer este proceso, cuando se produce con la intencionalidad y la implicación del profesorado. Presenta los grandes marcos teóricos que propician la actuación innovadora en el aula, tales como la enseñanza para la comprensión, las inteligencias múltiples, el pensamiento crítico y creativo y los Proyectos de Aprendizaje, por considerar que estos son los marcos teóricos, idóneos y más ajustados a una innovación real y efectiva. Además, desarrolla todo lo relacionado a los Proyectos de Aprendizaje para la Comprensión: su proceso detallado de planificación, aplicación y evaluación, y sus inmensas posibilidades para involucrar al alumnado de cualquier edad. La segunda parte de la obra presenta el desarrollo completo y pormenorizado de cuatro Proyectos de Aprendizaje desarrollados en diferentes etapas, desde la educación infantil hasta la educación superior. Los Proyectos funcionan bien en manos de profesionales que se plantean su trabajo en equipo, de manera comprometida, que toman las riendas de su propio desarrollo profesional y que están convencidos de que los alumnos y alumnas son los verdaderos protagonistas de su propio proceso de aprendizaje.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Elena FRANKLIN

GeMeLos

Orientaciones
SOBRE SU **Crianza**
y **Desarrollo**
Psicológico

EN LA FAMILIA
Y EN LA ESCUELA



narcea

Gemelos. Orientaciones sobre su crianza y desarrollo psicológico

Franklin, Elena

9788427722002

152 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Este libro, escrito en un lenguaje sencillo, asequible y a la vez riguroso, tiene un doble propósito, contribuir al conocimiento teórico sobre aspectos particulares del desarrollo psicológico en gemelos y mellizos y, a la vez, servir de instrumento de ayuda y orientación práctica a los padres, familiares y docentes sobre cómo anticipar, comprender y también resolver y mejorar aspectos específicos durante la crianza, evolución y desarrollo de múltiples. La obra explica el desarrollo y crianza de gemelos y mellizos desde la concepción hasta la adolescencia, enfatizando sus características psicológicas y afectivo-sociales, combinando los conocimientos científicos del tema con la experiencia de la propia autora quien, además de ser madre de dos parejas de gemelos y abuela de otro par, es psicóloga y experta en este tema. En el último capítulo se narran algunas experiencias difíciles, y cómo afrontarlas, cuando un gemelo sobrevive al otro, para culminar con variados testimonios y vivencias de familias donde se han dado partos de gemelos y mellizos. Incluye un Glosario que ayudará a los diferentes lectores a la mejor comprensión de la obra.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Índice

Título	2
Índice	3
Agradecimientos	5
Prólogo. Javier Nistal Burón, Subdirector General de Tratamiento, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior	7
Introducción: aspectos metodológicos y de contextualización del proyecto Mujeres en prisiones españolas	12
I. Rasgos fundamentales de las mujeres en las prisiones	27
Definición de los perfiles de adicción y rasgos de consumo en mujeres reclusas.	28
Perfiles sociodemográficos de las mujeres en las prisiones españolas.	42
Salud física y mental en mujeres reclusas en las cárceles españolas.	52
II. Trayectorias antes del ingreso a prisión y realidades en el internamiento	64
La infancia y la juventud de las mujeres presas, una referencia clave para la intervención socioeducativa.	65
Relaciones de pareja en mujeres presas. Violencia: tipos, consecuencias y aceptación.	76
¿Qué sucede con la familia y los vínculos sociales de las mujeres cuando son condenadas a prisión?	87
III. La intervención en prisión: proyecciones	97
Programas para la reinserción de mujeres presas, ¿son eficaces?	98
La reinserción laboral de las mujeres en prisión: análisis de la feminización de la pobreza en las reclusas y del tratamiento sociolaboral penitenciario.	118
Fortalezas y debilidades de los programas de tratamiento de drogas en las cárceles españolas desde la perspectiva de las mujeres drogodependientes.	128
Autoconcepto y expectativas de las mujeres en condición de reclusión en España.	138
IV. Epílogo y propuestas de acción	147
V. Anexos: Cuestionarios de mujeres y cuestionarios de profesionales	159
Página de créditos	220

