
Incidencias de la droga en los centros penitenciarios de régimen abierto

En todo el siguiente trabajo se pone de relieve una vez más la necesidad de crear centros adecuados para resolver con eficacia el problema que los toxicómanos han planteado a los centros penitenciarios.

Por Ciriaco Izquierdo Moreno *

1. CRISIS DE LA CULTURA OCCIDENTAL

1.1. Droga y juventud

Adolescencia, violencia, toxicomanías son temas que suscitan múltiples interrogantes y también múltiples intervenciones. La drogadicción juvenil es un fenómeno social, no sólo por su extensión, o por la complicidad de la sociedad entera en su génesis y desarrollo, sino también porque es un síntoma que revela la enfermedad de nuestra sociedad, las contradicciones por las que está surcada, sus carencias y sus crisis. Por eso el mundo de la droga hay que considerarlo dentro del contexto de la cultura en que vivimos, en la que desgraciadamente se da. Crisis de toda la cultura occidental, crisis de valores, decadencia de ideales, crisis de autoridad, transmutación de muchos valores motivadores del comportamiento, familia, trabajo, autoridad, sexualidad, etc. No significan ni valen lo mismo antes y después de la crisis.

* Psicólogo-Pedagogo y Orientador familiar. Capellán del Instituto Penitenciario para Jóvenes de Liria (Valencia).

Ciriaco Izquierdo Moreno

1.2. Vacío de la juventud

Esta crisis de civilización ha dejado a una parte de la generación joven a la intemperie, desguarnecida por déficit de ideales, desmotivada por el oscurecimiento de valores y desorientada por la caída de la normativa. Se han perdido los valores tradicionales y en su lugar no se ha puesto nada, y ante ese vacío de personas desorientadas y desconcertadas nada tiene sentido, no hay causas nobles por las que merece la pena vivir. En ese desierto espiritual la juventud siente el vértigo del vacío y en él ha encontrado el mejor caldo de cultivo para que aumente el oscuro mundo de la droga.

1.3. Valoración equivocada

Es preciso desterrar la falsa relación y generalización juventud-droga (no todo el que se droga es joven, ni todos los jóvenes se drogan), y también el estereotipo juventud-droga-delinuencia.

Los problemas derivados del consumo de drogas que más preocupan a la opinión pública son tres:

- Delincuencia y seguridad ciudadana
- Problemas familiares
- Problemas de salud

2. LA POLITICA PENITENCIARIA Y LA DROGA

2.1. Prisión y terapia

La prisión no es un entorno terapéutico. Las intervenciones de finalidad terapéutica pueden plantear problemas cuando tienen lugar en una institución penal. Se debe aprovechar el tiempo de reclusión para, por una parte, favorecer la mentalización de los presos acerca del sentido y de los riesgos de su drogodependencia, y, por otra, para suscitar la decisión individual de ponerse en manos de un servicio especializado.

La administración penitenciaria debe interesarse de un lado por restaurar la salud física y psíquica de los detenidos que manifiesten una dependencia toxicómana, y de otro poner en marcha las capacidades de relación y de inserción de aquellos.

La conexión entre profesionales que presten servicio en el medio cerrado e instituciones que trabajan en el exterior va a permitir preparar la

Incidencias de la droga en los centros penitenciarios

salida de los reclusos asegurándoles un seguimiento y apoyo en los circuitos social y sanitario.

2.2. ¿Reagrupamiento o dispersión?

La mayor parte de administraciones penitenciarias consideran que los presos consumidores de drogas deben ser «dispersados» entre la población reclusa no toxicómana. El argumento que apoya esta posición es que tal dispersión evita la estigmatización del colectivo drogodependiente.

Sin embargo, algunos Estados miembros del Consejo de Europa subrayan el interés de que existan zonas diferenciadas conocidas como «áreas sin droga», en algunos establecimientos penitenciarios. Estas unidades de vida acogen a aquellos toxicómanos motivados para seguir un programa activo de inserción. En ellas la admisión está subordinada al compromiso del recluso de abstenerse de todo consumo de estupefacientes y de reincorporarse en un proceso de reinserción. El interesado debe aceptar, asimismo, someterse voluntariamente a controles reforzados y a análisis de orina frecuentes. En contrapartida, participa en programas de actividades orientadas a la preparación de la salida. Aquí radica una de las cuestiones de mayor importancia para la política penitenciaria con los reclusos drogodependientes. Se debe tomar conciencia de esta realidad, para no incitar por vía indirecta, a reclusos no toxicómanos al consumo de drogas. Los reclusos no exclusivamente toxicómanos se deberían comprometer a no consumir, ni introducir, ni comerciar con droga en el recinto de la prisión. Esta experiencia llevada a cabo en algunos centros penales europeos ha redundado en un mayor y mejor control del tráfico y consumo de drogas en el interior de los centros penitenciarios.

2.3. Recomendaciones provisionales

Una condición previa para que las actuaciones sean eficaces es identificar a la mayor parte de consumidores de droga. Para ello, resulta indispensable:

1. Disponer en el momento del ingreso en prisión de tiempo suficiente como para posibilitar un examen médico y un chequeo psico-social.
2. Hacer que el régimen penitenciario sea sensible a las necesidades de los consumidores de droga, de manera que estimule a éstos a que se manifiesten claramente ante las autoridades de la prisión en cuanto a su consumo de drogas.
3. En el momento de su ingreso en prisión los consumidores de dro-

Ciriaco Izquierdo Moreno

ga se enfrentan a la interrupción del consumo que presenta diversos aspectos: 1. abstinencia física; la experiencia es menos grave para la mayor parte de consumidores de opiáceas que lo que se piensa o se pretende generalmente; 2. abstinencia psicológica; el proceso puede durar un período de tiempo considerable y por eso se podría disponer de una gama amplia de alternativas con las que responder a las necesidades individuales.

4. Parece controvertida la cuestión de saber si es posible la psicoterapia en la prisión; no obstante se puede conseguir en el tiempo de reclusión la motivación del consumidor para que decida seguir un tratamiento y cambiar su modo de vida.

5. Es preciso estudiar las actividades de sustitución más eficaces, que tengan por objeto llenar el vacío que deja la ausencia de la droga y los esfuerzos invertidos en su adquisición. También se deben introducir entrevistas individuales y discusiones de grupo que exigen recursos humanos suficientes.

6. Puede adaptarse una gama diversa de métodos sociales y educativos de acuerdo con una concepción amplia del tratamiento, que englobe todos los elementos favorecedores de las tentativas individuales para liberarse de la droga y no caer de nuevo en la dependencia. Se trata de dinamizar los centros penitenciarios con intervenciones del exterior tanto públicas como privadas. Se trata de crear centros de interés que se mantengan tras la excarcelación.

7. No se debe aceptar el tratamiento obligatorio de reclusos drogodependientes, aunque se puede recurrir a la persuasión y a los estímulos para reforzar la motivación. Sin embargo se es consciente de que el carácter voluntario de la aceptación del tratamiento por el consumidor será muy relativo en el medio penitenciario.

8. La presencia de la droga en las prisiones constituye un problema. Existe el dilema entre la necesidad de desarrollar la confianza mutua entre el personal y los reclusos y la de restringir la introducción fraudulenta de drogas ilegales en la prisión. Es preciso buscar un equilibrio entre la necesidad de reforzar controles y la de permitir a los presos mantener relaciones con su familia y con el resto del mundo exterior.

Es imposible interceptar todo el tráfico de drogas, pero debería indicarse claramente al personal, a los reclusos y a los visitantes que no se permite la introducción de drogas ilegales en la prisión.

Deben desarrollarse métodos basados en la confianza y efectuar controles que no impliquen una restricción de los contactos.

9. Las grandes cárceles no constituyen lugares adecuados para resolver los problemas derivados del uso de drogas. Es por ello esencial incrementar los recursos de personal, si se quiere sustituir el universo in-

Incidencias de la droga en los centros penitenciarios

soportable de las grandes prisiones por unidades más pequeñas en las que el trabajo con las personas podría comenzar a tener algún sentido.

10. El personal penitenciario debería poseer la formación adecuada para trabajar en los centros penitenciarios con drogodependientes y poseer la sensibilidad necesaria para proporcionar una terapia de apoyo a todos los reclusos que se sienten motivados para cambiar de vida.

3. EL MUNDO DE LA DROGA EN LAS PRISIONES

Sirvan como razones de la problemática de la drogodependencia en prisiones los siguientes datos:

Ingresan anualmente en prisión alrededor de 90.000 personas; en el año 1988, la cifra llegará a las 100.000; este flujo de ingresos se recoge en los 79 centros penitenciarios con los que contamos, más los 8 pertenecientes a la comunidad catalana. La población reclusa actual se estabiliza entorno a los 31.500 internos, de los cuales, el 57 por 100 son penados y el 43 por 100 restante preventivos. Asimismo, el 6 por 100 del total corresponde a la población femenina.

3.1. Ingreso en prisión

El ingreso de toda persona en un centro penitenciario, pasa por un reconocimiento médico dentro de las veinticuatro horas siguientes. Con este proceso tenemos una primera aproximación al área de la salud general y a posibles drogodependencias de las personas que ingresan en prisión; éste es un indicador indirecto, pero resultan manifiestamente interesantes los datos globales recogidos en estos diagnósticos iniciales. En este filtraje hace tres años, los servicios médicos detectaron que en torno a un 15 por 100 de los ingresos presentaban cuadros cualificados de adicción a la heroína. Por tanto en el año 1986 podemos calcular que unas 13.500 personas ingresaron con adicción a la heroína. La intensidad de los cuadros puede ser también contrastada con las necesidades que surgieran en dicho año de asistencias, o de ingresos hospitalarios, bien penitenciarios o extrapenitenciarios, por circunstancias agravadas en los cuadros de adicción que fueron 660 casos (345 en el hospital penitenciario, 168 en hospitales extrapenitenciarios y 117 en psiquiátricos extrapenitenciarios), que representa el 0,8 por 100 del total de ingresos y el 5 por 100 del colectivo que definíamos como dependientes.

En los centros de régimen abierto y principalmente de jóvenes, hemos podido constatar que la cifra de adicción a la heroína no es inferior al 15 por 100. Sin embargo, en sus manifestaciones los propios internos con-

Ciriaco Izquierdo Moreno

fiesan que aproximadamente el 80 por 100 ha pasado por la droga, aunque no haya llegado al consumo de las drogas más nocivas y perjudiciales como la heroína o la cocaína.

3.2. Indicadores del fenómeno

Otro indicador que nos puede ser útil para el conocimiento del fenómeno, consiste en la autocalificación de los ingresados que se recogen en las entrevistas de acogida con los Asistentes Sociales, educadores y Equipos de tratamiento.

Los índices de habitualidad, entendidos como consumo de una a más de seis veces al día de las diferentes sustancias que definimos como tóxicas, se sitúan en torno a un 80 por 100, heroína 15 por 100, cannabis 30 por 100, psicofármacos 20 por 100 y cocaína y otros 15 por 100.

3.3. Dualidad droga-delincuencia

Podemos hacer una primera reflexión que enmarque el problema que nos ocupa y que nos proyectaría en el tópico de la dualidad Droga-Delincuencia. Podemos afirmar que no todos los drogodependientes, fundamentalmente heroinómanos, pasan por los filtros de la delincuencia y en concreto por la prisión, y también que no todas las personas recluidas en prisión son drogadictos; estas dos afirmaciones nos colocan en la dificultad de deslindar los factores que influyen en la realidad psicosocial de la marginalidad de la delincuencia.

Otro dato importante para aportar al debate de la supuesta criminalización del uso y consiguiente tráfico en relación con el artículo 344 del C.P. y su modificación, es que el llamado drogadicto no entra en prisión por la comisión de delitos contra la salud pública sino fundamentalmente contra la propiedad.

El análisis de la población penada con respecto a la proporción del grupo tipificado por delitos contra la salud pública se sitúa actualmente en el 8 por 100 correspondiente al grupo tipificado por delitos contra la propiedad en un 66 por 100.

3.4. El centro abierto y la droga

Otro tema importante en un centro abierto es el referido a si la persona es factor de riesgo en el consumo de sustancias tóxicas. En este tipo de centros no se da la ruptura que sufren al ingresar en prisión con la

Incidencias de la droga en los centros penitenciarios

historia individual de consumo. Aquí viven en contacto con la vida social, donde la droga se transporta, se distribuye y se consume con facilidad, y si el interno no ha llegado a un pleno convencimiento y rechaza la droga, es fácil que vuelva a caer de nuevo en ese camino.

El paso por la prisión cerrada debería ser para el interno un tocar a fondo un error, un ciclo de su vida, que debería provenir de la situación de abstinencia obligada por el espacio cerrado de la prisión y por la reflexión madurada del mismo interno.

En este ámbito conviene no olvidar el tratamiento que se da en prisión al consumo de drogas lícitas, tanto en las de régimen abierto como en las de régimen cerrado. El artículo 385 del Reglamento de Prisiones posibilita el consumo de dos cervezas al día, distribuidas una en la comida y otra en la cena, el consumo de tabaco, vendido en el economato del centro y el café; siendo el tabaco el que encabeza todas las listas de ventas, especialmente el rubio.

3.5. El drogadicto en prisión

Es cierto que hay un consumo de droga en el interior de los C.P. propugnado por la incidencia de los siguientes factores:

1. La demanda de los internos con problemas de dependencia que asumen cualquier tipo de riesgos para mantener sus expectativas de consumo.
2. Los consumidores habituales o esporádicos que generalmente tienen personalidades mal estructuradas en un alto porcentaje, con socializaciones deficitarias, cotidianeidad displacentera, código de valores de subcultura, etc. Todo ello apunta a opciones de «huida» que alteran la percepción y el comportamiento para transgredir lo normativo y la realidad del encierro al ser privado de libertad. Todo el trasfondo de beneficio económico que conlleva el tráfico y distribución para el consumo ilegal de drogas tóxicas se ve matizado en la microsociedad penitenciaria, el ser un medio más prohibitivo y controlado que hace que sea más escaso el producto y el valor de uso y de cambio sea más elevado.

El hecho de que la reclusión lleve consigo privación de libertad sin menoscabo del disfrute de otros derechos sociales, como la vinculación familiar, social, informativa, etc., nos sitúa ante la imposibilidad de impermeabilizar el producto penitenciario a la proliferación de sustancias tóxicas; este problema se acentúa aún más en los centros de régimen abierto donde el interno comparte los fines de semana con sus familiares y muchos de ellos permanecen durante la jornada laboral fuera del establecimiento.

4. MARCO JURIDICO

4.1. Ordenamiento jurídico

El marco jurídico o cumplimiento de las penas privativas de libertad se enmarca dentro de la orientación final de buscar una reeducación y reinserción social en el cumplimiento de las penas en que nos sitúa el mandato constitucional y el ordenamiento penitenciario.

Los reglamentos o las sentencias judiciales y la actividad penitenciaria, asumen que a las personas que ingresan en los C.P., con problemas de drogodependencia debe proporcionárseles ayuda de cada sector asistencial, rehabilitadora y de reinserción social, al amparo asimismo de la concepción de tratamiento individualizado, que impregna la imagen penitenciaria del cumplimiento de la pena. Para conseguir lo señalado se articulan como exigencia elemental diferentes tipos de establecimientos penitenciarios. El artículo 11 de la LOGP hace referencia a los centros especiales y los artículos 56, 57 del R.P. establecen las normas fundamentales del régimen de dichos centros.

También interesa señalar aquí que el artículo 37 de LOGP prevé que todos los establecimientos estén dotados en la esfera territorial de unas dependencias destinadas a la estancia de toxicómanos.

4.2. Posibilidades de tratamiento

En este punto, el sentenciado que ingrese en el centro penitenciario a cumplir condena aquejado de toxicomanía, se encuentra con unas disposiciones legales que posibilitan el tratamiento asistencial de sus deficiencias.

Hay que resaltar asimismo, la especial referencia del artículo 57.1 n.º 5 de la ley en lo que supone de posibilidad abierta a que el proceso de reinserción social durante el cumplimiento de la pena se proyecte en una incorporación gradual o extrapenitenciaria a su medio social, mediante una opción asistencial intermedia. Creemos necesario y oportuno comentar dicho artículo, que dice: «Tratándose de penados clasificados en tercer lugar, que por presentar problemas de drogadicción necesiten de un tratamiento específico, la D.G. podrá autorizar su asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas públicas o privadas dando cuenta al juez de vigilancia y condicionado ello a que el interno dé su consentimiento y se comprometa formalmente a observar el régimen de vida propio de la institución que le haya de acoger y los controles que le establezca el centro penitenciario».

Incidencias de la droga en los centros penitenciarios

5. REGIMEN DISCIPLINARIO

5.1. Normas disciplinarias

El régimen interno en la vida de un centro va a prohibir y tipificar como falta disciplinaria una serie de conductas relacionadas con la persona y el uso de drogas tóxicas y sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

Así en el artículo 109 del R.P. se considera falta grave en el apartado F, introducir, hacer salir o poseer en el establecimiento, objetos que se hallasen prohibidos por las normas de régimen interior; y en el apartado primero «La embriaguez..., el uso de drogas tóxicas y sustancias psicotrópicas o estupefacientes».

5.2. Recursos humanos

Los C.P. más adaptados a las drogodependencias son los de carácter asistencial. En cuanto a los recursos humanos están los equipos asistenciales compuestos por facultativos auxiliares de enfermería y desde el área de tratamiento el personal técnico que conforman los equipos de observación y tratamiento, asistencia social y colectiva y de funcionarios de vigilancia que viven en contacto con los internos.

Desde el punto de vista personal del interno, se acentúa el proceso de marginación que suele acompañar la trayectoria social del toxicómano, agudizada por la marginalidad de la conducta criminal.

La confluencia en un centro de reclusión, bien de régimen abierto o cerrado, con una mayor concentración de personas con historias particulares diversas y en diferentes procesos temporales de relación con el tráfico y consumo de drogas hace difícil su recuperación.

5.3. Recursos materiales

Las consecuencias estructurales de que adolecen los C.P. dificultan un adecuado funcionamiento. Este elemento no contribuye a crear climas que posibiliten medidas de abordaje terapéutico.

A pesar de todo, el problema del consumo de drogas en prisión es sistemáticamente el mismo que el de toda la sociedad con todos los tópicos y lugares comunes y con todas las dificultades y esfuerzos para articular una política coherente que frene y reduzca el consumo de sustancias que dañan la salud, individual y social.

6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

La fijación de la indicación terapéutica precisa de dos procesos básicos:

1. El análisis de las circunstancias sociopersonales del sujeto y la correlación lógica de éstas con unas determinadas estrategias de actuación.
2. La contrastación experimental de esas correlaciones lógicas.

6.1. Mejora de la calidad de vida del toxicómano

Sin modificar el hecho de la dependencia. Incluye:

- Disminución del número y gravedad de los trastornos de salud secundarios.
- Disminución de las complicaciones criminológicas y legales.
- Disminución de las alteraciones sociopersonales.

6.2. Mejoras parciales en relación con el consumo

Incluyen:

- Abstinencias transitorias.
- Discriminación de la gravedad del consumo (dosis, vía de administración y tipo de droga).
- sustitución controlada de la droga con otra con menos consecuencias personales y sociales.

Se trataría de un objetivo con entidad propia, aunque en relación con el anterior y que puede plantearse sin límites temporales o como un paso previo e intermedio de cara a la abstinencia. Todo ello prohibitivo en el campo penitenciario.

6.3. Eliminación de la dependencia y consecución de la abstinencia como definitoria de la forma de vida

- Capacidad de abstinencia y control.
- Mejoría de la salud física.
- Afianzamiento de la personalidad.
- Reordenación de la dinámica socio-personal, familiar, etc. Este es un desafío o un reto que se escapa muchas veces de las posibilidades de trabajo de los C.P. de régimen abierto y, sin embargo, no podemos sustraernos a la tentación, quizás a la obligación, de intentar un trabajo comprensivo que sirva de orientación y ayuda.

Incidencias de la droga en los centros penitenciarios

7. TRATAMIENTO DE RECLUSOS DROGODEPENDIENTES

Con una situación personal de toxicomanía, los objetivos terapéuticos que pueden plantearse son inclasificables. Serán distintos según la droga de que se trate. Si se trata de simples experimentadores o consumidores habituales o grandes toxicómanos, las fases del programa deben ser fijadas de una manera clara y contundente, una vez comprometido el recluso. Se debe localizar el problema y programar el tratamiento que debe realizarse y que debe comprender: la desintoxicación, el restablecimiento psicológico, la deshabituación y la rehabilitación personal y reinserción social, que es el objetivo fundamental.

Se debe procurar dar pasos en sentido positivo para que los espacios penitenciarios no se conviertan en zonas de abstinencia obligada; se pretende desarrollar programas que se inserten en el intento colectivo de articular estrategias de recuperación de las personas con drogodependencia.

Todas estas preocupaciones se podrían reducir a dos aspectos fundamentales: a la desintoxicación y a la deshabituación, que son las fases del proceso de recuperación personal del drogodependiente.

7.1. Desintoxicación

Consiste en privar del tóxico durante un tiempo suficiente y su actuación podría seguir el siguiente proceso:

- No sólo suprimir las drogas sino hacerlo rápidamente.
- Vigilar y paliar las posibles consecuencias negativas de la deprivación.
- Reconstruir lo más rápidamente posible la situación metabólica que la presencia del tóxico alteraba.
- Aprovechar la especial situación personal de este momento para trabajar la motivación.
- Favorecer determinadas reacciones si interesase hacerlo: confianza, dependencia, regresión, reafirmación personal, etc. Los centros de régimen abierto pueden facilitar esta desintoxicación por medio de tratamiento terapéutico, educativo, ocupacional y en general por toda la programación de animación sociocultural que se realice y en conexión con estamentos sociales que acogen e integran en sus actividades a los internos de centros penitenciarios abiertos.

Pretender que lo sanitario del proyecto terapéutico para toxicómanos termina con la desintoxicación impone un claro reduccionismo.

7.2. Deshabitación

Es preciso asumir que la desintoxicación física en un centro penitenciario por la estancia prolongada y con el espacio de abstinencia obligada o por su reglamentación, necesita una programación en orden a la creación de pautas de deshabitación en el consumo. Desde una esfera psicosocial los programas de deshabitación parten de una triple consideración: informativa, ocupacional y terapéutica; esta lógica nos lleva a una programación exhaustiva de actividades y alternativas de controles horarios y a una vivencia interporizada del tiempo y de la persona, al realizar reuniones en pequeños grupos con una dinámica psicológica de relajación y con la colaboración de jóvenes del exterior que puede ser un punto de referencia para los drogodependientes internados en centros penitenciarios.

— De todas formas debemos admitir que el C.P. no es un buen lugar para establecer programas de recuperación de drogodependientes, pero es un espacio temporal que hay que aprovechar para conseguir procesos de abstinencia forzada.

— La persona toxicómana, por el hecho de serlo, está inevitablemente afectada en la integridad ideológica y social de su persona.

— Dejar de ser toxicómano supone remodelar esa integridad.

— Consecutivamente con estos planteamientos podríamos esquematizar los siguientes objetivos de la deshabitación:

- Reconstrucción de la organización metabólica, biológica, bioquímica, etc., alterada por la droga.
- Reafirmación de la autonomía personal.
- Aumento de los recursos y potenciales individuales.
- Reorganización de la dinámica de vinculación familiar.
- Reorganización de las interacciones con el ámbito laboral y social.
- Reforzamiento en suma de las posibilidades de la persona de cara a su actuación individual, familiar, laboral, etc.

Junto con la fijación de los objetivos a la hora de determinar la estrategia de la intervención, conviene tener en cuenta algunas consideraciones de orden general.

No puede ponerse en marcha si no se crea un ámbito libre de droga. También es preciso contar con las recaídas, incluso con aprender a instrumentalizarlas. Esto no obsta para que sea preciso afirmar la necesidad de que sólo en un ámbito preservado de la droga es posible la rehabilitación.

— Un proyecto terapéutico de intervención exige la consideración global de la situación. Una visión comprensiva y jerarquizada de los objetivos con lo que supone de estrategias combinadas simultáneas o sucesi-

Incidencias de la droga en los centros penitenciarios

vas permitirá que sea razonablemente posible hacer conseguir el fin último de la reinserción.

7.3. Rehabilitación

Junto al proceso de desintoxicación y deshabitación se ha de proseguir o simultanear el proceso de apoyo social ajeno al terapéutico, destinado a dotar al individuo de unas habilidades sociales que le permitan una inclusión normalizada en su ambiente. El toxicómano está afectado por un problema biológico y por otro social de su persona. Dejar de ser toxicómano supone remodelar esa integridad, supone la obligación de reordenar la situación personal en todos esos ámbitos. Para eso nada mejor que la experiencia de Montpellier, del sistema de los mediadores zonales en la prevención o la experiencia de algunas prisiones nuevas que han creado áreas reservadas al tratamiento de reclusos toxicómanos, donde los componentes más importantes del programa son el aprendizaje de vida social, formación general y profesional. En Osteráker realizaron una experiencia con capacidad de 50 plazas en régimen cerrado y de ahí pasan a la prisión abierta de Bogesmud que cuenta con 15 plazas para estos fines.

— Toda esta exposición pone de relieve una vez más la necesidad de crear centros adecuados para resolver con eficacia el problema que los toxicómanos han planteado a los centros penitenciarios. La prisión no es el mejor sitio para tratar a los drogadictos; debe de haber espacios terapéuticos, climas de libertad y medios adecuados de ayuda para la deshabitación e incorporación social de los drogodependientes. Creemos que el artículo 57 n.º 1 párr. 5 de la LOGP supone un avance gigantesco en esta materia, pero lo consideramos insuficiente, puesto que la mayoría de toxicómanos que entra en prisión lo hace por delito contra la propiedad y esto significa un reto para instituciones penitenciarias, tanto de centros como de personal. Creo que en esta línea se ha definido la política penitenciaria de nuestro actual director general.

8. CONCLUSIONES

Debería establecerse una estrecha cooperación entre los sistemas penitenciarios y judicial por una parte y de rehabilitación por otra, para informar a las partes interesadas sobre las posibilidades de rehabilitación más eficaces que se pueden ofrecer en prisión.

— En los centros penitenciarios se deberían promover cursos de formación permanente para conocer las diversas maneras de actuar de una manera eficaz con los reclusos drogodependientes,

Ciriaco Izquierdo Moreno

— La administración penitenciaria debe renovar la cooperación entre profesionales diversos y grupos sociales de ayuda para reforzar la motivación y el interés de los drogodependientes para salir de su situación y reintegrarse en la vida social.

(1) Thilo Alexandre Firahow y otros: «La política criminal participante en el tratamiento de las toxicomanías». «Comunidad y drogas, n.º 7.»

(2) Izquierdo Moreno C.: «La delincuencia juvenil en la sociedad de consumo». Mensajero Bilbao 1980, pp. 191.

(3) «El oscuro mundo de la droga». Carta pastoral de los obispos de Pamplona, Tudela, Bilbao, San Sebastián y Vitoria. Noviembre 1984.

(4) Zabarte María Eugenia: «El sistema penal y las medidas de reinserción social de los consumidores de drogas». «Comunidad y drogas (1988) 8:5868.»

(5) Simposio sobre el «Sistema penal y las medidas de reinserción social de los consumidores de drogas», celebrado en Estrasburgo durante los días 1 al 4 de diciembre de 1987, organizado por el grupo Pompidou del Consejo de Europa.

(6) García José Antonio: «Cumplimiento de la pena de los centros penitenciarios». «Comunidad y drogas.» Monográfico (1988) 3,91-101.

(7) García José Antonio: ob. cit., págs. 92-93.

(8) Mejías José: «Indicación terapéutica en drogodependientes». «Comunidad y drogas.» (1987) 4,9-27.

(9) Zabarte María Eugenia: art. cit., p. 64.