

# CONTENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL INGRESO EN PRISIÓN POR PRIMERA VEZ: VARIABLES PROTECTORAS Y DE AFRONTAMIENTO

---

## PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN FIRST TIME IMPRISONMENT: CONFRONTATING AND PROJECTING VARIABLES

**Dra. Martínez-Taboada Kutz, Cristina & Lda. Arnosó Martínez, Ainara**  
Dpto. de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento  
Facultad de Psicología U.P.V./E.H.U.<sup>1</sup>

---

### RESUMEN

*El presente trabajo se enmarca en un Programa de Intervención Psicosocial, puesto en funcionamiento en el Centro Penitenciario de Martutene (Guipúzcoa) gracias a la colaboración de la Cruz Roja de Guipúzcoa, la Universidad del País Vasco y la propia Institución Penitenciaria.*

*Este estudio justifica la necesidad de potenciar ámbitos de contención psicosociales en el ingreso en prisión por vez primera como una forma de prevención del impacto negativo de dicho suceso. Se comprueba la influencia del apoyo y contención social y familiar, en el nivel de adicción a los tóxicos, en el afrontamiento en prisión, en el grado de autoestima, en el nivel de apoyo social percibido y en la capacidad de reinserción laboral.*

**PALABRAS CLAVE:** *Contención, Afrontamiento psicosocial, Ingreso en prisión por primera vez.*

---

<sup>1</sup> Este trabajo se ha podido realizar gracias a la financiación del Vicerrectorado de Investigación y Relaciones internacionales de la U.P.V./E.H.U. Código del Proyecto: U.P.V. 109.231-HA086/98, a la Diputación Foral y a la Cruz Roja de Guipúzcoa, así como a la colaboración inestimable del propio Centro Penitenciario de Martutene. Queremos resaltar la profesionalidad de Gurutze Alberdi que posibilitó la continuación de dicha acción en momentos difíciles y a Elena Luquin y Nekane Otero como responsables del Programa en la Cruz Roja de Guipúzcoa.

## ABSTRACT

*This paper shows the theory and method of a full Psychosocial Support Program with first time being in prison people. This is also the outcome of contribution of Red Cross of Guipuzcoa, University of the Basque Country and Martutene Penitentiary (Spain).*

*This study justifies psychosocial support as a central variable in softening negative impact of being in prison for first time. We establish the following relationship: social and family support and past coping story with level of drugs addiction, coping resources in prison, self esteem, perception of social support and labour opportuneness.*

KEY WORDS: *Coping, Psychosocial Support, first time in prison.*

## INTRODUCCIÓN

El principio de individuación contempla la dimensión personal de los individuos como seres únicos, con conciencia de sí mismos y posibilidades de cambio, más allá de las circunstancias sociales o penales que le rodean. Es este principio el que impregna la Ley Orgánica 13/1995 del 18 de Diciembre la cual regula las Instituciones Penitenciarias. Tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a medidas penales privativas de libertad. Pretende significar que el penado no es un ser eliminado de la sociedad, sino una persona que continúa formando parte de la misma, incluso como miembro activo, si bien sometido a un particular régimen jurídico, motivado por el comportamiento antisocial anterior y encaminado a preparar su vuelta a la vida libre en las mejores condiciones para ejercitar socialmente su libertad.

El potencial más innovador para que la Administración Penitenciaria mejore el cumplimiento de la misión de preparación de los reclusos para la vida en libertad, implica la ampliación de la oferta de actividades y de *programas* psicosociales específicos, con prestaciones dirigidas a paliar, en lo posible, las carencias y problemas que presenta esta población. En definitiva, evitar que la estancia de los internos en los centros penitenciarios constituya un tiempo indeseable y perdido.

En esta dirección y atendiendo a la citada Ley del Nuevo Reglamento Penitenciario, una vez admitido el preso dentro de un Establecimiento Penitenciario se procurará que el procedimiento de *ingreso* se lleve a cabo con la máxima intimidad posible. De esta forma, se tenderá a reducir los efectos negativos que pueden originar los primeros momentos en prisión.

Para aminorar las dificultades de la *salida* al entorno social habitual hay que contar, siempre que sea posible, con los recursos de la comunidad como instrumentos fundamentales en las tareas de reinserción.

De todo ello, se desprende la necesidad de crear espacios facilitadores o potencialmente reestructuradores en la compleja trayectoria por la Institución Penitenciaria. La creación de ámbitos psicosociales, adecuados en este tránsito (Martínez-Taboada, C & Arróspide, J., 1996), es un modo de consolidar una concepción del tratamiento más acorde a los actuales planteamientos de la dogmática jurídica y de las ciencias de la conducta, que concibe la reinserción del interno/a como un proceso de formación integral de su personalidad, dotándole de instrumentos eficientes para su propia emancipación.

Podemos señalar dos momentos críticos en las personas que ingresan en prisión por primera vez (Martínez-Taboada, C & Arróspide, J. 1996): el impacto del ingreso en prisión con la asimilación de principios de adaptación a la situación Institucional, y, la vuelta a la libertad social.

La creación de ámbitos psicosociales adecuados en este tránsito, contempla diferentes espacios en función de los objetivos a lograr: El *Ámbito de Acogida*, centrado en una contención máxima que amortigüe el impacto de la entrada en la Institución Penitenciaria. El *Ámbito de Apoyo Psicosocial*, que estructura un espacio de información sociocognitiva respecto a la nueva situación.

El *Ámbito de Resocialización* que permita contrastar las dificultades de una vuelta a su entorno social habitual y el *Ámbito de Autogestión Social* que posibilite alternativas psicosociales de autonomía y/o capacitación.

El presente artículo aborda el diseño, puesta en acción y evaluación de una unidad de Contención Psicosocial en el primer ingreso en el contexto penitenciario.

### **ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: TEORÍA Y MÉTODO**

Entendemos el ingreso en prisión como la experiencia de pérdida, peligro o, desafío que crea disfunción en las actividades habituales del individuo. Se asocia a emociones negativas (Rodríguez-Marín, 1992) y los reajustes son percibidos como perturbadores psicológicos, sociales o físicos. Se trata de un desequilibrio brusco e "inesperado", cuyas consecuencias se traducen en una percepción de falta de control agudizada. El sentimiento de Vulnerabilidad, o percepción de falta de capacidad para manejar la situación, puede cursar con la progresiva pérdida de la autoestima enmarcando factores de identidad personales y sociales (House, 1981).

Hacerse consciente de las demandas que plantea la situación y sopesar las capacidades y recursos que dispone el sujeto frente a las mismas, puede atenuar los efectos negativos (Lazarus y Folkman, 1986, 1988). Es un momento crítico en el que el apoyo socio-afectivo y la

potenciación de recursos de afrontamiento en el sujeto, van a ser doblemente valiosos. Es por ello que se considera de primer orden mantener el anclaje con el exterior implicando en lo posible a la familia del recluso en el tratamiento o interviniendo sobre la familia misma. (Alvaro & col, 1996).

Estimular la autoestima del individuo, proporcionarle estrategias cognitivas y recursos básicos para que se sienta capaz de vencer sus sentimientos negativos, aumentará la confianza del individuo en sus propias capacidades y potenciará su control sobre los factores que condicionan el aceptar la responsabilidad de su conducta futura (Mtz-Taboada, C y Arrospide, J.1996).

La influencia de sucesos vitales críticos supone una ruptura en el curso de la vida cotidiana de los sujetos que puede alterar negativamente la autopercepción de los sujetos (Hopkins et als. 1997). El carácter dinámico del autoconcepto, como sistema de actitudes o dimensión cognitiva formada por el conjunto de todas las representaciones o categorías del yo, estará determinado por la adscripción a una nueva categoría social, "preso", que se hace saliente en la situación de la entrada en prisión, y, determina la dinámica de los procesos de comparación social (Turner, 1990) y de Identidad Social (Tajfel y Turner, 1985) del sujeto.

El potenciar el Afrontamiento, o conjunto de respuestas conductuales y cognitivas que se desarrollan para reducir las cualidades aversivas de la situación estresora (Lazarus,

1984), pasara por parametros diferenciales de Contención frente a la crisis derivada de este suceso vital negativo asociada a la percepción de diferentes grados de vulnerabilidad (Lazarus, 1986), a la trayectoria de vida (Kaplan, H.B., 1996) y a la definición de la Identidad Social. Entendemos por Identidad Social (Tajfel y Turner, 1985) la parte de la Identidad adscrita a la pertenencia a categorías o grupos sociales. Consideramos de gran importancia la redefinición de la Identidad Social alterocéntrica como un predictor importante de efectividad de estas intervenciones.

Podemos contextualizar dos tiempos, los cuales, por sus características, agudizan los aspectos estresores, e incrementa la posible eficacia de la intervención:

- a) La **entrada** en prisión por primera vez, que incluye el *Impacto* del ingreso en prisión y la *adaptación* psicosocial a la situación Institucional.
- b) La **salida** a la libertad social que incluye el *Afrontamiento* de su entorno habitual y la *Autogestión psicosocial* de la vuelta a la libertad.

El modelo de intervención psicosocial que manejamos (Martínez-Taboada, 1992, Ayestarán y Martínez-Taboada, 1992, Ayestarán, Martínez-Taboada y Arrospide, 1996, Martínez-Taboada, 1996, 1997; Martínez-Taboada, C y Arnoso, A., 1999) considera dos variables como fundamentales en el análisis y diagnóstico de la configuración psicosocial:

1. El manejo del poder, entendido como la simetría - asimetría percibida de la disponibilidad del potencial de los recursos personales, sociales o materiales;

2. El manejo del conflicto o afrontamiento de la situación aversiva, diferenciando:

❑ El **Afrontamiento de evitación**, frecuente en la situación inicial o de Impacto. Se vincula a la evitación cognitiva y conductual del problema, a la percepción de vulnerabilidad, y, puede dar lugar a una intensificación de síntomas depresivos y a emociones negativas (Folkman y Lazarus, 1988). Su funcionalidad en ciertas ocasiones es claramente saliente.

❑ El **Afrontamiento activo**, asociado a una percepción de vulnerabilidad manejable, a estrategias tales como la redefinición cognitiva, la resolución de problemas, y, a una mayor autoestima personal y/o social (Moos, 1988). Es más eficaz a largo plazo y crea recursos para asimilar futuros hechos estresantes (Pennebaker, 1994; Páez y cols., 1995).

Cruzando estas dos variables se delimitan ámbitos de intervención que pueden leerse como hitos que

van de índices altos de evitación y vulnerabilidad hasta la autogestión o afrontamiento activo. Se entiende por nivel de vulnerabilidad, el grado de desgaste e incapacidad que se siente frente a la situación. Esto conduce al diseño de sistemas para la mejora de la capacitación e incrementar, de este modo, la capacidad de afrontamiento. Estas situaciones claves las podemos definir como:

❑ **Impacto del ingreso en prisión:** alto grado de vulnerabilidad, dispersión y desorganización cognitiva y emocional. Percepción de Identidad Personal negativa.

❑ **Adaptación a la situación Institucional:** Grado medio de vulnerabilidad. Necesidad de referentes externos, de un cierto estatus, que faciliten la "acomodación" psicosocial e instrumental a la nueva circunstancia. Identidad Personal en organización e Identidad Social altercéntrica.

❑ **Afrontamiento de la vuelta a la libertad social y necesidad de cambio psicosocial.** Fase compleja que, cuando se da, posibilita aceptar las limitaciones y potencialidades. Se crea el marco necesario para redefinir la Identidad Social negativa y crear estrategias frente a la comparación social

Configuración Psicosocial	Simetría de Poder	Asimetría de Poder
Afronta evitación	Acogida	Apoyo
Afronta aceptación	Autogestión Social	Resocialización

desventajosa con su repercusión en la autoestima y desarrollo de habilidades.

- **Autonomía y autogestión social.** Consolidación de la Identidad Social adscrita a un sentimiento de mayor autoestima; Identidad Social y Personal compensada.

Estos momentos diferenciales dan lugar a cuatro **Ámbitos de Intervención psicosocial:**

- **Ámbito de Acogida o de amortiguación del Impacto de la entrada en la Institución Penitenciaria:** centrado en un nivel de contención máximo y de prevención de conductas de riesgo derivadas de la desorganización cognitiva, emocional y social asociada.
- **Ámbito de Apoyo psicosocial en la adaptación a la situación Institucional,** de y con, los participantes que lo necesiten: Focaliza un espacio de información y estructura respecto a la nueva situación social. *Apoyo* en la elaboración de estrategias cognitivas frente a la Concreción del espacio penitenciario. Asunción de límites. Fortalecimiento instrumental, social y emocional que disminuyan las conductas de riesgo. Derivación a los Equipos de Intervención de Toxicomanías si es necesario.
- **Ámbito de Resocialización o de innovación,** posibilita e identifica alternativas orientadas a mejorar las capacidades

de los internos/as y aborda aquellas problemáticas específicas que puedan haber influido en su comportamiento delictivo anterior. Se potencia la Proactividad y la creación cognitiva frente al conflicto de la comparación social desventajosa y su repercusión en la autoestima.

- **Ámbito de Autogestión** psicosocial frente a la vuelta a la libertad. Se potencia la autocontención, la autonomía y la ayuda mutua. Seguimiento de las conductas de salud. Consolidación de un sentimiento de mayor autoestima.

Sabemos que el apoyo social, como componente estructural, refleja las conexiones del individuo con el entorno social que constituyen la comunidad, las redes sociales, o, las relaciones interpersonales (Gracia, E., 1998). Como componente procesual refleja las actividades expresivas y la satisfacción de necesidades socioafectivas en situaciones estresoras. El apoyo social puede contribuir a la salud física y mental (Cassel, 1976; Cobb, 1976; Caplan, Cassely Gore, 1976. Thoits, 1982; Broadhead et al., 1983; Monroe, 1983), determina el tipo de afrontamiento y mejoran las reacciones afectivas de las personas sometidas a una situación crítica.

En consecuencia, reduce el malestar psicológico experimentado, además de tener un efecto protector, ya que actúa como moderador del nivel de estrés psicosocial (Barrón, 1993). Esto permite incidir en aspectos concretos de prevención, ya que no podemos olvidar que la vulnerabilidad cognitiva y la desesperanza

entre los presos lleva a la depresión, a creencias rígidas e irracionales, e incrementa la alienación social (Bonner y Rich, 1992).

### **Ámbitos de Contención: Acogida y Apoyo Psicosocial**

Las unidades de Acogida y Apoyo Psicosocial, como ámbitos de contención, son un eslabón inicial en el camino hacia una libertad social positiva. Para ello, se crea un espacio de comunicación independiente al tiempo de estancia de los internos/as en la cárcel. Dadas las características especiales de una prisión preventiva como es el caso que nos ocupa, el Centro Penitenciario de Martutene (Guipúzcoa), los reclusos tienen diferentes tipos de situaciones penales, -en preventiva, con penas de menos de dos meses o más largas-, por lo que su estancia en la prisión varía enormemente entre unos y otros. Sin embargo, la necesidad que puedan sentir los internos de tener un espacio de Contención, no depende del tiempo de permanencia en el centro, sino del impacto psicológico que les ha producido el ingreso en prisión. En este sentido, la efectividad de la atención dependerá de la prontitud con que se cubra la necesidad del recluso (Zamble y Porporino, 1990), de ahí, la relevancia de este programa que precisamente, cobra sentido al realizarse en la primera fase de ingreso en la Institución Penitenciaria.

El Ámbito de *Acogida*, contempla esta primera parte inicial como la llave fundamental a una segunda fase, igualmente voluntaria, en los próximos dos, tres meses siguientes. Este espacio se dirigirá hacia aque-

llos que permanecen internos hasta que se aclare su situación penal o se encuentren cumpliendo su condena. Es un tiempo de espera vivido con incomodidad, con un alto grado de estrés y en muchas ocasiones, con pérdida de relaciones de su red social. Para esta segunda fase, se diseña la atención en un espacio de *Apoyo* que posibilita recursos y fortalecimiento psicosocial.

Posteriormente, para aquellos ya penados, se sugiere el espacio de *Resocialización y Autogestión social*, mencionados anteriormente pero no puestos en práctica - a pesar de su importancia clave - por falta de recursos. Constituyen un espacio en el cual se potencia un proyecto vital realista y personalizado, que facilitará el proceso de reintegración y libertad social.

### **OBJETIVOS GENERALES DE LA CONTENCIÓN**

- Reducir el impacto traumático de la entrada en prisión por primera vez.
- Detectar el nivel de riesgo o desestructuración personal y social de los sujetos.
- Posibilitar una atención psicosocial adecuada a sus necesidades.

### **Objetivos Específicos del Ámbito de Acogida:**

- Establecer un espacio de comunicación independiente y diferente a la propia Institución.

- Favorecer que el interno mantenga las relaciones familiares y sociales de su entorno.
- Propiciar que desarrolle actividades dentro de la prisión para mantener su autoeficacia.
- Proporcionar información objetiva de los derechos y obligaciones que tiene en el centro y de los recursos de los que dispone dentro del mismo.
- Procurar un espacio donde se clarifiquen ciertas medidas de prevención de drogodependencias y SIDA empleando estrategias para contrarrestar los factores de riesgo y promover conductas de protección necesarias en el contexto penitenciario.

### **Procedimiento del Ámbito de Acogida**

Este espacio de contención se enmarca en las tres primeras semanas del ingreso en el Centro Penitenciario, a razón de dos sesiones semanales de una hora de duración, dirigidas por una profesional. Se consideran los quince primeros días como los de mayor riesgo para los hombres y mujeres recién internados (Martínez-Taboada y Arróspide, 1996) y por lo tanto, es donde se pone el acento de la intervención.

En la primera toma de contacto, se presenta el Programa con sus objetivos. Es una oferta abierta a la que los recién ingresados en prisión pueden acceder de forma voluntaria. Cuando esto acontece, que suele ser en la mayoría de las ocasiones, se

garantiza al recluso una confidencialidad absoluta hacia las emociones, sentimientos, dudas o comentarios que allí exprese.

En el transcurso de la primera semana se facilita la comunicación para saber cómo se encuentra. Se ayuda a la comprensión normativa de la Institución, brindándoles información sobre las normas de funcionamiento, derechos, obligaciones y estrategias de afrontamiento, lo cual facilitará su tránsito por la prisión.

Se exploran diversas áreas: socioafectiva; autoestima, drogodependencia, capacidad socio-instrumental y datos sociodemográficos a través de un cuestionario diseñado para tal fin.

En el transcurso de la segunda semana, van trabajándose los objetivos arriba mencionados en función de las necesidades particulares de cada interno/a. En la última semana, finalizando el espacio de Acogida, se detectan los predictores de riesgo, el grado de control de la situación crítica; contención y evaluación de su estado de ánimo y se pasa un cuestionario para evaluar la eficacia percibida por los internos/as del Ambito de Acogida.

Una vez hecha la valoración del estado personal y social de las personas que han sido atendidas se estudia la necesidad de posibles derivaciones a otros ámbitos de contención: Grupo de Soporte o Ambito de Apoyo Psicosocial, psicóloga de la institución o, A.G.I.P.A.D. (Asociación Guipuzcoana de Investigación Para la Atención de Drogodependencias).



En el transcurso de las sesiones de Acogida se utilizan indicadores cualitativos, previamente categorizados, y, se evalúa el efecto de cada intervención.

### **Ámbito de apoyo social en la adaptación a la Institución**

Los dos primeros meses en el tránsito por la Institución Penitenciaria, los internos/as pasan por un periodo de observación sin que se tome ninguna decisión sobre ellos. Esta situación de incertidumbre se asocia a la percepción de falta de control y crea diversos niveles de ansiedad y de depresión.

En este caso, se les oferta la posibilidad de entrar a formar parte de un grupo de Apoyo, donde su participación es voluntaria. Es un Grupo mixto abierto de 5 a 10 personas, con sesiones dirigidas por una psicóloga y una observadora.

#### **Objetivos Específicos del Ámbito de Apoyo:**

- Crear un ámbito de contención que reduzca el nivel de vulnerabilidad y elabore el malestar subjetivo que genera esa situación.
- Reducir el nivel de riesgo de los sujetos detectado en el Ambito de Acogida.
- Incentivar conductas proactivas que les lleven a mejorar sus capacidades aprovechando las oportunidades que ofrece el Centro Penitenciario.

- Crear estrategias cognitivas y conductuales que potencien la capacidad de afrontamiento frente a la situación crítica.
- Fortalecer la autoestima personal y social.
- Elaborar un discurso en el que se trabaje la conciencia de delito: la transgresión de normas y sus consecuencias, posibilitando el afrontamiento en el pasado, presente y futuro.

Se promueve contemplar el Centro Penitenciario como un medio en el cual el recluso/a debe convivir, y aceptar la realidad institucional con la que se encuentra en un periodo determinado de su vida. Las actividades diseñadas en este sentido, estarán encaminadas a sacar el máximo beneficio de una situación aversiva, pero determinada por unos espacios sociales que incentiven actitudes y aprendizajes de conductas más saludables. El objetivo fundamental del Programa aspira a "ser algo más que una terapia ocupacional o una suavización de la pena, ..., un intento de preparación para la salida en mejores condiciones personales y sociales que las que le indujeron al delito..." (Urias, A. & Iparagirre, M., 1993), evitando así la reincidencia.

Basándonos en los argumentos expuestos, el presente capítulo aborda el diseño, puesta en acción y evaluación del Ámbito de Acogida. Proceso particular, con características propias, objetivos muy concretos y con un tiempo limitado, que se enmarca en un plan de prevención de salud psicosocial en un contexto concreto como es el penitenciario.

## METODOLOGIA

Para posibilitar la medición de las variables centrales de nuestro estudio: socio-afectividad, autoestima, drogodependencia, capacidad socio-instrumental y datos socio-demográficos, utilizamos un cuestionario "ad hoc" adaptado al nivel socio-cultural de la muestra (mirar Anexo I). Además, se utilizan indicadores cualitativos, previamente categorizados, para evaluar el efecto de la Intervención en el transcurso de las sesiones.

Finalmente se realiza una entrevista con las personas implicadas para sopesar la evaluación subjetiva o grado de satisfacción así como las objeciones que consideran hacer (Anexo III).

### Variables:

- **Datos Socio-demográficos** que describen la muestra: edad, sexo, raza, estado civil, situación penal y delito.
- **Area Socio-afectiva:** Consideramos a los individuos como sujetos inmersos en una red de sistemas sociales que se hacen más patentes y relevantes en situaciones críticas. En este sentido, el soporte socio-afectivo queda explorado en base a la escala de Soporte Social de Vaux et al, (1986), que incluye ítems relacionados tanto con la familia como con la red de amigos/as del recluso/a. Dicha área queda subdividida en dos subescalas, que a su

vez pueden dividirse en otros, todas ellas fiabilizadas en este contexto como mostramos a continuación:

- Apoyo Social-red de amigos (alpha.86)
- Soporte Social-nivel de adaptación e integración social (alpha.93)
- Apoyo Familiar subjetivo (alpha.91)
- Apoyo Familiar observado (alpha.96)

El Apoyo Social se puede definir como un efecto positivo de las relaciones sociales de la persona. El Soporte social puede conceptualizarse en función de la estructura y frecuencia de los vínculos que la persona establece con su medio; el grado de integración en las redes sociales, de familia, de amigos.

El Apoyo Social subjetivo se define como la percepción positiva o negativa del nivel de disponibilidad de la ayuda instrumental, cognitiva y emocional de su entorno social más inmediato.

En el presente estudio se procede a crear una nueva variable llamada **Contención Psicosocial** (alpha .78) que engloba las arriba descritas.

Podemos observar un alto grado de consistencia interna en esta variable, dada su correlación muy significativa y positiva tanto

Tabla	Soporte Social (observ)	Apoyo familiar (observ)	Contención Psicosocial
Apoyo Social (subj)	.379**	.561**	.731**
Apoyo Familiar (subj)	.355**	.392**	.645**
Contención Psicosocial	.830**	.898**	

con las variables de Soporte Social (.830\*\*) y Apoyo familiar (.898\*\*) ambas cualitativas y observadas en el transcurso de las sesiones; así como con el Apoyo Social de los pares (.731\*\*) y Apoyo Familiar (.645\*\*) - variables cuantitativas y recogidas en autoinforme.

- **Drogodependencia:** esta área analiza la relación de los sujetos con las drogas; tanto su grado de toxicomanía como la vinculación de los tóxicos con su entorno más cercano de familia, y, amigos (alpha.66). La relevancia de la relación de las toxicomanías en la adaptación a la vida en general y, a la Institución Penitenciaria en particular, indica un proceso de socialización a través del cual se internalizan valores que conducen no sólo a una relación con las drogas, sino que incrementan la tendencia hacia subculturas de comportamiento desadaptado.
- **Capacidad de Afrontamiento / Percepción del contexto penitenciario:** área que considera los recursos de adaptación y confrontación. Los presos integrados en programas de Apoyo muestran una mejor predisposición conductual y

una capacidad mayor de Afrontamiento (Winfrey, Mays, Crowley y Peat, 1994). Para ello, se profundiza en cómo han afrontado circunstancias anteriores, las habilidades de las personas, sus normas y valores a través del proceso de su vida, así como su percepción actual ante el ingreso en prisión. Esta variable queda sistematizada en tres formas de afrontamiento:

1. Capacidad de Afrontamiento general (alpha.78): recursos de adaptación y afrontamiento ante situaciones críticas. Grado de control subjetivo del sujeto respecto a posibles problemas traumáticos anteriores *versus* sentimientos negativos que recuerda haber tenido en aquél momento.
2. Afrontamiento en prisión (alpha.72): percepción subjetiva de la capacidad de afrontamiento ante el ingreso en prisión y de la valoración de los sentimientos negativos vinculados.
3. Tipo y grado de Afrontamiento observado (alpha.92): bienestar subjetivo y capacidad de control de la crisis que presenta la persona en el transcurso de las sesiones.

- **Autoestima** (alpha.79): se utiliza la escala de Rosenberg (1965) aplicada al contexto Penitenciario. Analiza la auto-percepción y consideración de sí mismo.
- **Capacidad Socio-instrumental** (alpha.67): se exploran los recursos objetivos y el nivel de habilidades socio-laborales que presenta el sujeto y su pareja en el caso de que la tenga: estudios realizados, profesión y ocupación del tiempo libre.

## Descripción de la Muestra

El **universo** está compuesto por 75 personas (60 hombres y 15 mujeres), en un rango de **edad** entre 17 y 63 años, siendo el 9,5% menores (n=7); el 41,9% jóvenes (n=31) entre 21 y 30 años; el 39,2% (n=29) entre 31 y 44 años y el 9,5% (n=7) entre 45 y 63 años, que ingresan por primera vez en el Centro Penitenciario de Martutene (Guipúzcoa) desde abril de 1997 a diciembre de 1998.

Respecto a su **Estado Civil**, encontramos un 41,3% (n=31) de solteros/as, un 50,7% (n=38) de personas que están casadas o viven con su pareja y un 8% (n=6) de separados o viudos/as.

En lo que se refiere a su **Situación Penal**, el 70,7% de los sujetos (n=53) están en una situación preventiva y el 29,3% (n=22) están penados. Casi la mitad de la muestra 49,3% (n=37) estaban en prisión en el momento de recoger los datos por un **delito** relacionado contra la

salud pública; a estos les siguen los sujetos que estaban en prisión por delitos contra la propiedad (36%, n=27) y por último están aquellos que cumplen condena por delitos de disturbios públicos (5,3%, n=4) y por delitos sexuales u homicidio (9,3%, n=7).

En el **área Socio-Afectiva**, la gran mayoría de los sujetos (n=50) tienen madre y padre, lo que representa un 66,7% del total; el 22,7% (n=17) tienen madre, o, padre y los 8 reclusos restantes (10,7%) son huérfanos. Mayoritariamente tienen relación con la familia (83,1%, n=59); sin embargo, esta cifra se reduce cuando se les pregunta si pueden hablar con la misma de cosas que para ellos son importantes (57,3%, n=43). Otro dato de interés es que son 44 sujetos (59,5%) los que señalan tener un hijo/a o más.

Respecto al *Apoyo Social* recogido en autoinforme, hay que decir que el 14,7% (n=11) cuentan con niveles mínimos, el 20% (n=15) con niveles medios y el 65,3% (n=49) con niveles altos. Siguiendo los mismos criterios, el *Apoyo Familiar* consta un 10,7% (n=8) con niveles mínimos, el 17,4% (n=13) con niveles medios y el 78,7% (n=59) con niveles altos.

El *Soporte Social observado* en el transcurso de las sesiones de acogida, a través de la estructura y frecuencia de los vínculos que la persona establece con su medio y el grado de integración en las redes sociales, focaliza el 37,3% (n=28) de los sujetos con niveles mínimos, el 25,3% (n=19) con niveles medios y el 6,7% (n=5) con niveles altos. En cuanto al

*Apoyo Familiar* y siguiendo los mismos criterios el 34.7% (n=26) cuenta con niveles mínimos, el 13.3% (n=10) con niveles medios y el 78.7% (n=59) con niveles altos.

En cuanto al grado de autoeficacia o capacidad **Socio-Instrumental**, señalaremos que gran parte de los sujetos 61.1% (n=44) tienen completados los estudios primarios, mientras que el 38.9% (n=28) no los tienen aún completados: con analfabetismo total en algunos casos, o funcional en otros. Por otra parte, 53 sujetos (72,6%) tienen alguna profesión y por el contrario, 20 sujetos (27.4%), no tiene ninguna. Relacionado con esto mismo, un 48.6% (n=36) no se desarrollan laboralmente o están en paro por diversos motivos (drogadicción o dedicación exclusiva a la familia como amas de casa, etc...), y un 51.4% del total estaban trabajando (n=38) antes de entrar en prisión. En este sentido, el nivel de autoeficacia percibida contará con niveles mínimos el 22.7% (n=17) de los sujetos, 24% (n=18) con niveles medios y el 42.7% (n=32) con niveles altos. En lo que se refiere a la *ocupación del tiempo libre*, el 52% (n=39) tienen actividades diarias, y el 64.9% actividades el fin de semana.

El grado de **Drogodependencia**, presentado por las 57 personas que respondieron a estas cuestiones, el 20% (n=15) tienen un rango de riesgo mínimo, el 32% (n=24) cuenta con niveles medios y el 17.3% (n=13) restante presenta serios problemas de drogadicción. Según datos de autoinforme, el 38.6% (n=22) admite ser drogodependiente, mientras que el 61,4% restante

(n=35) dicen no serlo. Así mismo, el 44.4% (n=24) afirma tener algún miembro de su familia que está vinculado a las drogas, y otro 52.7% (n=29), que tienen algún amigo drogodependiente.

La **capacidad de Afrontamiento** en situaciones críticas anteriores es mínima en el 55.4% (n=41); el 20.3% (n=15) tiene niveles medios y el 5.4% (n=5) máximos. En lo que se refiere a la capacidad de *Afrontamiento ante el ingreso en prisión*, el 57.3% (n=43) se perciben con posibilidades mínimas de afrontamiento, el 34.7% (n=26) con niveles medios y el 8% restante (n=6) con niveles máximos. En cuanto al *Control y manejo de la crisis observada* en el transcurso de las sesiones de Acogida, el 10.7% (n=8) cuenta con recursos mínimos, el 20% (n=15) con medios, y el 42.7% (n=32) con altos. En este mismo sentido, el *tipo y grado de Afrontamiento observado* cuenta con niveles mínimos 8% (n=6), el 10.7% (n=8) con medios y el 52% (n=39) con altos.

El grado de **Autoestima** de nuestra muestra es relativamente alto. Únicamente el 4% (n=3) cuenta con niveles mínimos de autoestima, el 34.7% (n=26) con niveles medios y el 53.3% (n=40) se perciben con niveles altos en la valoración del Sí mismo. Recordamos que la escala de Rosenberg incide especialmente en aspectos de Autoestima asociada a la Identidad Personal y no a la Identidad Social.

Esta alta dimensión en la Autoestima, podría ser explicada por el hecho de que, la mayoría de las personas estigmatizadas, en un intento

de proteger su identidad personal de los procesos de discriminación sufridos, utilizan ciertos mecanismos defensivos (Marichal, F. Y Quiles del Castillo, M<sup>a</sup>.N., 1993) compensadores. Así, por ejemplo, Marsh (1986) analizando la importancia de algunos parámetros del autoconcepto en la Autoestima, encontró que quienes valoraban más positivamente algunos aspectos de su autoconcepto, tendían a tener una Autoestima más alta que los que no lo hacían, siempre y cuando, esos aspectos ocuparan niveles elevados, dentro de su escala de valores. Esto podría explicar, en parte, por qué la Autoestima de los miembros de algunos grupos estigmatizados no solamente no se ve alterada por tal proceso sino que "buscan" diferenciarse por compensación en algo que consideren positivo o superior de aquello que les está discriminando negativamente como es la categoría social "recluso". Un ejemplo de ello podría ser: "puedo trapichear con drogas pero soy un tipo super legal con mis colegas".

## Relaciones entre variables

### Correlaciones significativas

La **Contención Psicosocial** - que engloba tanto variables cualitativas y observadas en el transcurso de las sesiones (Soporte Social - integración y adaptación social- y Apoyo Familiar), como cuantitativas y recogidas en autoinforme (Apoyo Social de los pares y Apoyo Familiar subjetivo)-, (ver Tabla 1) correlaciona de forma significativa y positiva con el manejo de la situación crítica y el grado de Afrontamiento observado (.528\*\* y .628\*\*, respectivamente) así como con la percepción subjetiva de los recursos frente a los sentimientos negativos del hecho de estar en Prisión (.278\*). Asimismo, correlaciona con el grado de Autoestima (.416\*\*) y de desarrollo de la Capacidad Instrumental (.301\*) (ver tablas 2 y 3).

El *Apoyo familiar percibido* por los sujetos (tabla 1) no correlaciona con el Afrontamiento en prisión pero sí

Tabla 1	Control de la crisis (obser)	Afrontamiento (observ)	Afrontamiento situaciones críticas (subj)	Afrontamiento en prisión (subj)
Apoyo Social (subj)	.348**	.510**		.225*
Apoyo Familiar (subj)	.479**	.499**	.274*	
Soporte Social (observ)	.447**	.474**		
Apoyo Familiar (observ)		.414**		
Contención Psicosocial	.528**	.628**		.278*

con la percepción subjetiva de Afrontamiento general ante situaciones críticas (.274\*) a lo largo de su vida. Como veremos, es esta una variable de connotaciones estructurales y como tal se manifiesta.

como hemos visto, con el nivel de Autoestima (.301\*), el Apoyo Familiar percibido (.245\*) y objetivo (.376\*\*), el nivel de Contención Psicosocial general (.379\*), así como, con el Afrontamiento observado (.404\*\*).

Tabla 2	Apoyo social (subj)	Apoyo familiar (subj)	Contención Psicosocial	Control de la crisis (obser)	Afrontamiento (obser)
Autoestima	.390**	.375**	.416**	.455**	.564**

El grado de **Autoestima** (tabla 2) recogido en autoinforme, correlaciona de forma significativa con las variables de Contención Psicosocial

En nivel de **Toxicomanía** correlaciona negativamente como hemos visto, con la Autoestima (-.294\*), el Apoyo familiar subjetivo (-.349\*) y

Tabla 3	Autoestima	Apoyo familiar (subj)	Apoyo familiar (obser)	Contención psicosocial	Afrontamiento (obser)
Autoestima	.301*	.245*	.376**	.379*	.404**

(.416\*\*): el apoyo social y familiar percibido (.390\*\* y .375\*\*, respectivamente); de capacidad de manejo de la situación crítica (.455\*\*), grado de Afrontamiento observado

con la capacidad de controlar los sentimientos negativos generados por el hecho de estar en prisión (-.359\*).

Tabla 4	Autoestima	Apoyo Familiar (subj)	Control de la Crisis
Toxicomanía	-.294*	-.340*	-.359*

(.564\*\*), o, recursos frente a los sentimientos negativos del hecho de estar en Prisión. Asimismo, correlaciona también con la Capacidad de desarrollo socio Instrumental (.301\*), y, de forma negativa con el grado de Toxicomanía (-.294\*) (tablas 3 y 4).

Señalar que el Afrontamiento en otras situaciones críticas, correlaciona positivamente con el grado de afrontamiento en prisión (.70\*\*).

La capacidad **Socio Instrumental** (ver tabla 3) es un buen predictor de futuros ajustes sociales y correlaciona,

Como resaltábamos anteriormente, el Apoyo Familiar subjetivo, recogido en autoinforme, correlaciona de forma muy significativa con el grado de Autoestima, la capacidad Socio Instrumental, el grado de recursos de Afrontamiento y, de

forma negativa, con el nivel de adicción a los tóxicos.

En este sentido, la necesidad de potenciar el **Apoyo Familiar**, en el momento del ingreso en prisión, se presenta como una variable central en el Programa (Martínez-Taboada, Arnoso, 1998). Se comprueba la influencia de la proactividad familiar, en el nivel de adicción a los tóxicos, en el Afrontamiento en Prisión, en el grado de autoestima, en el nivel de apoyo social percibido, y, en la capacidad de reinserción laboral de las personas que ingresan por vez primera en la Institución Penitenciaria.

Finalmente señalar la congruencia general de los datos cualitativos, obtenidos en la entrevistas con los sujetos, y, los datos cuantitativos generados mediante autoinformes y escalas fiabilizadas.

## Evaluación

Los efectos de la **Contención Psicosocial** se evalúan a través de los niveles de Afrontamiento observados en el transcurso de las sesiones de Acogida, de los perfiles de riesgo detectados así como del grado de satisfacción de los internos/as.

Se observa un incremento en el tipo y grado de Afrontamiento de los sujetos en el transcurso de las sesiones de acogida: En un primer momento (1ª sesión) el 5.3% cuenta con niveles muy bajos; el 32% con niveles medios y el 62,7% con niveles relativamente altos, mientras que al finalizar las sesiones el número de sujetos con niveles altos asciende proporcionalmente al 75%.

El manejo y control de la crisis, en la primera sesión, es del 13.3% con niveles bajos, el 29.3% con niveles medios, y, el 57.3% con niveles altos. Al término de las sesiones, el porcentaje de sujetos con niveles mínimos descenderá al 7.7%, el 27.7% contará con niveles medios y el 64.6 con niveles buenos.

Respecto a los **Perfiles de Riesgo** establecidos que relacionan el tipo de Afrontamiento, el Soporte Social, la Autoestima, la capacidad Socio-Instrumental y las conductas de Drogodependencia, consideramos necesaria una muestra más amplia para realizar su validación. Sin embargo, sí podemos apuntar que la mayoría de las personas de nuestro universo, se encuentran en los niveles 2 (Poco Riesgo) y 3 (Bastante Riesgo), siendo pocos los sujetos que se encuentran en condiciones de Máximo Riesgo o de Mínimo Riesgo. Lo cual es comprensible teniendo en cuenta que el grado de deterioro de las personas implicadas no es excesivamente alto, salvo casos puntuales, ya que es su primer ingreso en prisión tras una vida "normalizada".

El **Grado de Satisfacción** de los internos/as por el Servicio obtenido de esta Unidad de Contención, en concreto en el Ámbito de Acogida, es un aspecto que no debemos olvidar.

El 88,6% del Universo muestral perciben la utilidad del Programa (el 44.3% (n=27) de la población considera que este servicio les ha ayudado mucho, el otro 44.3% (n=27) que les ha ayudado bastante). El 9.8% (n=6) aprecia poco la ayuda y para el 1.6% (n=1) nada.



A la pregunta ¿en que te ha ayudado este servicio? Y teniendo en cuenta que está predeterminado el tipo de respuesta, un 39.3% (n=22) considera que le ha hecho darse cuenta de la importancia que tiene mantener las relaciones familiares, sociales y de ocupación en este tiempo; el 35.7% (n=20) percibe se le ha brindado apoyo emocional. Un 19.6% (n=11) dice haberle ayudado a reducir la dureza del ingreso en prisión por primera vez, y el 5.4% (n=3) dice haberle proporcionado información sobre el funcionamiento del Centro Penitenciario.

Además, el 26.7% (n=16) de los sujetos incluidos en el Ambito de Acogida dice haber obtenido una atención personalizada, un lugar de encuentro; para un el 66.7% (n=40) ha sido un espacio donde ha podido comunicarse de una forma confidencial y el 6.7% (n=4) no sabe o no contesta.

Por último, si no hubieran tenido este servicio, el 85.3% lo habrían echado en falta (un 37.7% (n=23) lo habría echado mucho en falta y el 47.5% (n=29) bastante). El 9.8 (n=6) poco y el 4.9 (n=3) nada.

Podemos considerar que los objetivos de crear un espacio de Contención, de favorecer las relaciones familiares y sociales con el entorno, propiciar información objetiva y contrarrestar ciertos factores de riesgo asociados al ingreso en prisión por primera vez son apreciados, mucho o bastante, por la inmensa mayoría de la población reclusa participante con lo que la utilidad social del Programa es validado subjetivamente por aquellos que están directamente

implicados y que son la razón última de esta Unidad de Contención Psicosocial. Esto explica la demanda explícita de Seguimiento que, una vez finalizada la primera fase, realizan gran cantidad de internos. Se considera el Seguimiento como una atención individualizada que permite controlar la ubicación del interno/a dentro del contexto penitenciario, así como la relación socio-afectiva que mantiene con su familia y entorno social.

## CONSIDERACIONES FINALES

Sabemos que las personas siguen senderos causales diferentes en su camino hacia la delincuencia (Alvaro; Garrido y Torregrosa, 1996). También existen trayectorias diferentes entre los sujetos que entran en prisión. En función de cómo se elabore el primer paso, el tránsito psicosocial del individuo y su posibilidad de resocialización variará. Nuestra muestra es una población con niveles relativamente altos en las puntuaciones de Afrontamiento y Autoestima. Variables que, en positivo, son protectoras y que se vinculan al Apoyo social (subjetivo), al Apoyo familiar subjetivo, y, a la Capacidad Socio-instrumental, así como, al nivel de Toxicomanía en negativo. Por ello, nuestro universo de aplicación consta de índices de riesgo medio que nos permiten hacer pronósticos de cierta esperanza en el camino hacia la libertad social.

Es cierto, que ese proceso debe asociarse a principios de resocialización para que sea efectivo y éste, no siendo fácil, debe de ser claro y con la combinación máxima de factores

que creen alternativas en sus ritos más críticos. En este sentido, consideramos necesario aumentar la confianza del individuo en sus propias capacidades para hacer frente a una situación de crisis como el primer ingreso en una Institución Penitenciaria, de la que *debería* salir con estrategias que eviten su reincidencia.

Por otra parte, la prisión, en el sentido de E. Goffman funciona como una Institución Total, la cual puede generar un síndrome de *pri-sonización* como proceso de sometimiento a una estructura total; proceso de asimilación lento, gradual, más o menos inconsciente, durante el cual una persona aprende lo suficiente sobre la cultura de una unidad social en la que se ve insertado. Supone una respuesta adaptativa a los problemas de ajuste impuestos por la cárcel, en toda su ingente cantidad de privaciones y frustraciones (Perurena, J., 1995). En este contexto, el Ambito de Contención Psicosocial proporciona un marco de referencia diferente en el Centro Penitenciario.

El estudio de la relación entre el consumo de drogas y la delincuencia es una evidencia empírica (Otero, S.M. & Vega, A. 1993) y estadística que se repite en nuestro estudio. No debemos olvidar que el riesgo de desarrollar (aún más) la dependencia a drogas en el medio carcelario aumenta debido a factores de estrés (Uchtenhagen, A. 1997), como es la falta de control situacional asociada a la situación preventiva en la que se encuentran la gran mayoría de los internos/as que ingresan en prisión por primera vez, además de la dispo-

nibilidad de los tóxicos y a una mayoría de personas adictas entre la población reclusa.

Por ello, debemos tener en cuenta las variables protectoras de apoyo social y familiar previo y durante el Ingreso en Prisión, y, el tipo de Contención Psicosocial ofrecido en el Programa una vez internado en el Centro Penitenciario.

El uso de drogas está íntimamente relacionado con influencias sociales, ambientales y específicamente familiares (Santacreu Mas, J. & col. 1991), por lo que es necesario identificarlas y desarrollar habilidades que permitan superar dichas influencias. Se debe acordar que la propia Institución Penitenciaria representa un campo de cultivo adecuado, no tan sólo para la iniciación en el consumo de nuevas sustancias, sino como verdadera barrera preventiva de información sobre la promoción de la salud. En ocasiones es el propio sistema penitenciario el que facilita este proceso, al poner en contacto a delincuentes primerizos con delincuentes más serios o estables (Álvaro, J.C & col.).

Vemos en nuestros datos cómo la relación familia-toxicomanía es significativa e inversa: a mayor apoyo familiar mejor pronóstico en cuanto a la adicción. El comité de expertos de la O.M.S. ya señalaba en 1983 la necesidad de centrar los esfuerzos en la institución que tiene mayor importancia en el proceso de socialización, a saber, la familia. Además, las relaciones que se establecen en el sistema familiar, en el que uno de sus miembros presenta problemas de drogodependencia, se mantiene

a través de específicas interacciones circulares que reproducen esquemas responsables del mantenimiento de la conducta adictiva (Fernández, M. & col. 1991), por ello, sólo si se logra su cooperación lograremos la responsabilidad compartida de la situación.

Debemos resaltar que un derivado del paso por un centro penitenciario es la estigmatización, o aislamiento social, con todo lo que tiene de ruptura, de impacto sobre la autoestima, así como la incidencia que la misma tiene sobre los vínculos afectivos, familiares y sociales. El estigma se generaliza también a los familiares cercanos, llevando en ocasiones a la inhibición de los mismos respecto a la situación que se plantea. Parece lícito considerar a la familia como un sistema en el cual ningún elemento está aislado del conjunto: cualquier situación o modificación que afecte a alguno de sus componentes, como es el ingreso en prisión de uno de sus miembros, repercutirá sobre los demás despertando reacciones que probablemente aumenten la inestabilidad y lleven a la emergencia, cierta o temida, de una ruptura, lo cual no favorece en absoluto al recién internado.

El tomar contacto con la familia, dar información, proporcionar la posibilidad de comunicación será una fuente de alivio psicológico y social, salvo excepciones. La potenciación del Apoyo Familiar invitando a participar proactivamente en el programa de Acogida, será un modo de adecuar mejor la intervención psicossocial a las necesidades de los internos/as.

En todos los casos, el uso de drogas es una respuesta de adaptación ante situaciones adversas, por lo que se debe no sólo identificar respuestas substitutivas alternativas socialmente adaptadas (Santacreu Mas, J. & cols. 1991), sino potenciar los anclajes socioafectivos, como los que aquí se indican, para llevarlas a cabo.

Se debe valorar a la familia como pilar importante del proceso de rehabilitación del miembro que delinque, dotándola de un importante índice de protagonismo en la corresponsabilidad junto con el equipo del programa, sobre la base de que sólo en casos extremos debe ser sustituida, puesto que la alternativa familia *versus* profesionales a estas alturas ha quedado definitivamente superada a favor de "la familia apoyada por los profesionales".

La relevancia del apoyo social y familiar se muestra como un resorte fundamental al asociarse significativamente con la propia estima. Los padres son polos de referencia fundamentales en el devenir del joven, son modelo de estilos de vida, capaces de favorecer o desfavorecer repertorios conductuales saludables o insanos en su proceso de socialización (Meleró, J.C. 1994). En los adultos, a su vez, es la fuente socioafectiva primordial e insustituible. Esto reafirma la necesidad de ayuda en la comprensión de la situación del familiar ingresado dándoles cobertura y apoyo.

Finalmente, nuestro estudio muestra cómo el apoyo social y familiar que el sujeto tiene influye en la evaluación del estresor (el ingreso en

la cárcel), en la reacción emocional y puede incrementar formas de afrontamiento más adaptativas. El comprender adecuadamente esta información debe servir para diseñar estrategias responsables y eficaces de prevención y tratamiento. Generar políticas que brinden vías de oportunidad a una parte de nuestra sociedad que está sometida a una situación de doble riesgo: la transgresión en sí misma y sus precedentes psicosociales, así como, el posible efecto de prisionización para aquellos que ingresan por primera vez.

Por todo esto, se propone ampliar el Programa de Contención a la familia del recluso, *como agente más accesible de su red social* en un marco formativo - preventivo integrador de planteamientos sistémicos y conductuales que redunde en una disminución de la vulnerabilidad del recluso/a y del grupo familiar; de la prevención de las drogodependencias y, del apoyo socio-afectivo activo. De esta manera, se dará un pequeño paso hacia adelante en el reto que supone enfrentarse con la vuelta a la libertad y la autogestión social.

## REFERENCIAS

Alonso, C. Y col. (1995). Los valores de los adolescentes y el consumo de drogas. *Adicciones*. Vol. 7, nº1.

Alvaro, J.L. y Páez, D. (1996): Psicología Social de la Salud Mental. En Alvaro, J.L. , Garrido, A. y Torregrosa, J.R. : *Psicología Social Aplicada*. Mc Graw-Hill: Madrid.

Ayestarán, S., Arróspide, J. J., Martínez-Taboada, C. (1992): Nuevas técnicas en el estudio de los grupos. En M. Clemente (ed.), *Psicología Social: Métodos y técnicas de investigación*, Madrid. Eudema, 366-389.

Ayestarán, S. , Martínez-Taboada, C., ARRÓSPIDE, J.J. (1996): La teoría psicosocial de grupo. En S. Ayestarán, *El grupo como construcción Social*. Barcelona: Plural. 189-214.

Barron, A. (1993): Modelos teóricos del apoyo social, En m. Martínez-García (Comp.), *Psicología Comunitaria*. Sevilla. Eudema.

Bonner, R. L. & Rich, A. R. (1992): Cognitive vulnerability and hopelessness among correctional inmates: A state of mind model, *Journal of offender rehabilitation*, 17 (3-4), 113-122.

Broadhead, W.E. ET AL. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health, *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

Cobb, S.: Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic*

*matic Medicine*. 1976,5(38):300-317.

Fernández, M. y col. (1991). Relaciones familiares y drogadicción. Una hipótesis de trabajo. *Adicciones*. Vol 3, nº1 pag 7-23.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988): Coping as a mediator of emotion, *Journal and Social Psychology*, 54 (3), 466-475.

Gracia, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona. Paidós

House, J.S. (1981). Social structure and personality. En M. Rosenberg & J.S. House (Eds.). *Social Psychology: sociological perspectives*. New York, Basic Books.

Kaplan, B.H., Cassel, J. y Gore, S. (1977), Social support and health, *Medical Care*, 15,5, suppl., 47-58.

Kaplan, H (Editor) (1996): Psychosocial stress: Perspectives on structure, theory, life course and methods. *Academic Press*, San Diego USA.

Lacoste, J.A. (1995). Cómo prevenir la infección por VIH entre los consumidores de drogas. *Adicciones*. Vol 7, nº3. Pags 259-261.

Lazarus, R.S. (1984). The costs and benefits of denial. En B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (eds.). *Stressful life events and their contexts*, EE.UU., Rutgers University Press.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona, Martínez-Roca.

Maricnal, F. Y Quires del Castillo, Mª.N. (1993). Efecto del estigma en el autoconcepto de los miembros de categorías estigmatizadas. En I. Fernandez Jimenez de Cisneros y M.F. Martínez García: *Epistemología y Procesos Psicosociales Básicos*. Sevilla. Eudema.

Marsh, H.W. (1986): Global self-esteem: Its relation to specific facets of self-concept and their importance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1224-1236.

Martínez-Taboada, C. (1992). *Estructura y procesos de grupo: un modelo psicosocial*. Tesis defendida en la Facultad de psicología del Departamento de psicología social y metodología. San Sebastián.

Martínez-Taboada, C & Arrospide, J. (1996): La intervención Psicosocial como medio de creación de ámbitos grupales en contextos de crisis, En C. San Juan (coord), *Intervención Psicosocial: Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces*. Barcelona. Anthropos.

Martínez-Taboada, C & Ocariz, E. (en prensa). Salud Psicosocial y Ámbito de Acogida en un Centro Penitenciario, Anthropos.

Martínez-Taboada, C. & Arnosó, A. (1.998): Intervención Psicosocial, apoyo familiar y Acogida en el ingreso en prisión por primera vez. *V Congreso Estatal de Intervención Social*. Madrid.

Martínez-Taboada, C. & Arnosó, A. (1.999): Sistemas diferenciales

de intervencion frente al estrés profesional. *Boletín Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*. Nº 15. Barcelona. S.E.P.T.G.

Melero, J.C.(1994). Clínica y prevención familiar de las drogodependencias. *Adicciones*. Vol. 6, nº2. Pags. 153-170.

Monroe, S. M. (1983). Social support and disorder toward and untangling at cause and effect. *American Journal of Community Psychology*. 11,1. 81-87.

Otero López, J.M. & Vega Fuente, A. (1993) Relación droga-Delinuencia: Un análisis teórico. *Revista Española de Drogodependencias*. Pags 59-70.

Páez, D, Basabe, N, Valdoseda, M, Velasco, C., Iraurgi, J. (1995). Confrontation-Inhibition, Alexithymia and Health. En Pennebaker (Ed). *Emotion, Disclosure and Health*. Washington. American Psychological Association.

Pennebaker, J. (1994). *El arte de confiar en los demás*. Madrid: Alianza Editorial.

Perurena, J. (1995)

Rodríguez-Marín, J., Mira, J.J, Aranz, J. y Vitaller, J. (1992). Satisfaction of health care providers and quality assurance in hospitals. *Work and Stress*. 6 (3), 229-238.

Santacreu Mas, J and col. (1991).Modelo de génesis de consumo de drogas: Formulación y verifi-

cacion empirica. *Análisis y resolución de conducta*. Vol. 18, nº62

Tajfel, H. & Turner, J.C. (1985). La teoría de la identidad social de la conducta intergrupar. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Lecturas de psicología social*. Madrid: UNED.

Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.

Turner, J.C. (1990). *Redescubrir el grupo social*. Madrid: Morata.

Urias, A e Iparagirre, M. (1993): *Población penitenciaria femenina en la Comunidad Autónoma Vasca*. Donostia. Arnenbide Institutoa.

Vaux, A., Phillips, J., Holly, C, Thomson, B. Williams, D. & Steward, D. (1986): The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and validity, *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.

Winfrey, L.T., Mays, G.L., Crowlwy, J.E. & Peat, B.J. (1994): Dry history and prisonization: Toward understanding variations in inmate institutional adaptations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38 (4), 281-296.

Zamble, E. & Porporino, F. (1990): Coping, imprisonment, and rehabilitation: Some data and their implications, *Criminal Justice and Behavior*, 17 (1), 53-70.



AREA 3: **DROGODEPENDENCIA**

- 3.1 ¿Eres toxicóman@? Si No
- 3.2 Si eres toxicóman@, ¿cuánto tiempo llevas vinculado@ a las drogas?
- 3.3 De tu familia cercana, ¿hay alguien más vinculado a la toxicomanía? Si No
- 3.4 En tu grupo cercano de amigos, ¿hay alguno vinculado a las drogas? Si No

ÁREA 4: **CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO**

4.1 Aparte de lo que te ocurre ahora, ¿has tenido a lo largo de tu vida algún otro tipo de problema importante o por el cual hayas sufrido?

Si No

4.2 ¿Cómo lo afrontaste?

Muy Bien 1 2 3 4 5 Muy Mal

4.3 ¿Qué sentiste?

- Impotencia 1 2 3 4 5
- Tristeza 1 2 3 4 5
- Miedo 1 2 3 4 5
- Preocupación 1 2 3 4 5
- Angustia 1 2 3 4 5
- Rabia 1 1 2 3 4 5

4.4 ¿Cómo crees que vas a afrontar el ingreso en prisión?

Muy Bien 1 2 3 4 5 Muy Mal

4.5 ¿Qué sientes?

- Impotencia 1 2 3 4 5
- Tristeza 1 2 3 4 5
- Miedo 1 2 3 4 5
- Preocupación 1 2 3 4 5
- Angustia 1 2 3 4 5
- Rabia 1 2 3 4 5

ÁREA 5: **CAPACIDAD SOCIO-INSTRUMENTAL**

- 5.1 ¿Tienes estudios? Si No
- 5.2 ¿Profesión? Si No
- 5.3 ¿Trabajas? Si No
- 5.4 Tu pareja, ¿tiene estudios? Si No
- 5.5 ¿Profesión? Si No



5.6 ¿Trabaja?

Si No

5.7 ¿Tienes actividades que realizas todos los días?

Si No

5.8 ¿Y durante el fin de semana?

Si No

5.9 ¿Tienes aficiones?

Si No

#### ÁREA 6: AUTOESTIMA

Por favor, indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases:

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1. Creo que soy una persona de valía, al menos en un plano de igualdad con los Otros.				
2. Me siento inclinado a pensar que soy un fracaso en todo.				
3. Creo que tengo un buen número de buenas cualidades.				
4. Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5. Creo que no tengo mucho de qué enorgullecerme.				
6. Mantengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7. En conjunto me siento satisfecho conmigo mismo.				
8. Creo que podría tener mayor consideración conmigo mismo.				
9. Ciertamente me siento inútil a veces.				
10. A veces creo que no soy bueno del todo.				

## ANEXO II: HOJAS DE OBSERVACIÓN

Fecha:

Asistente:

- |   | Si         | No        |
|---|------------|-----------|
| 1. Puntualidad en el horario:   |            |           |
| 2. Cómo ha comenzado la sesión:   |            |           |
| ■ Tarea dirigida por las coordinadoras  | 1          |           |
| ■ Iniciativa personal del interno   | 2          |           |
| ■ Asuntos pendientes del día anterior   | 3          |           |
| 3. Tarea central en la primera parte de la sesión:  |            |           |
| - Nivel personal  | 1          |           |
| - Nivel personal/familia  | 2          |           |
| - Nivel personal/otros internos   | 3          |           |
| - Nivel personal/institución  | 4          |           |
| - Nivel personal/sociedad   | 5          |           |
| 4. Tarea central en la primera parte de la sesión:  |            |           |
| - Nivel personal  | 1          |           |
| - Nivel personal/familia  | 2          |           |
| - Nivel personal/otros internos   | 3          |           |
| - Nivel personal/institución  | 4          |           |
| - Nivel personal/sociedad   | 5          |           |
| 5. Tensiones en la sesión: comunicación verbal y comunicación no verbal: posturas, gestos, ruidos,... |            |           |
| - en la primera parte de la sesión  | -presencia | -ausencia |
| - en la última parte de la sesión   | -presencia | -ausencia |
| 6. Tipo de rol que aparece en la interna  |            |           |
| - pasivo  | -presencia | -ausencia |
| - agresivo  | -presencia | -ausencia |
| - constructivo/activo   | -presencia | -ausencia |
| - opinión   | -presencia | -ausencia |

- autoconfesión

-presencia

-ausencia

7. Aparecen intervenciones cargadas de emoción cuando se tocan temas situados a diferentes niveles:

- Nivel personal	1
- Nivel personal/familia	2
- Nivel personal/otros internos	3
- Nivel personal/institución	4
- Nivel personal/sociedad	5

8. Participación en la sesión

■ Menos del 50%	1
■ El 50%	2
■ Más del 50%	3

9. Posición del interno

■ Dejar hacer	1
■ Sumisión	2
■ Competición	3
■ Colaboración	4

10. Impacto de la reclusión en prisión: Control de la crisis:

• Poca.	1 Total dispersión. Lamentarse y no escuchar.
• Cierta.	2 Menor dispersión.
• Mayor	3 Menos dispersión. Se centra en el problema.
• Mucha.	4 Sin dispersión. Cierta nivel para controlar emociones.
• Rígida.	5 Negación de la dispersión. Exceso de control. Ausencia de emociones.

11. Tipo y grado de afrontamiento:

• Pasivo	1	(Ningún grado).
• Bastante pasivo	2	(Cierta grado).
• Activo	3	(Reconoce dificultades).
• Bastante activo	4	(Cierta negación de dificultades).
• Muy activo	5	(Rápida resolución de los conflictos).

### ANEXO III: EVALUACIÓN

1. Este servicio, ¿te ha ayudado?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada

2. ¿En qué te ha ayudado?

- Me ha dado apoyo emocional
- Me ha hecho darme cuenta de la importancia de mantener las relaciones sociales y familiares
- Me ha dado información sobre el Centro Penitenciario
- Otras que se me ocurren

3. ¿Qué ha supuesto para tí?

- Una atención personal
- Ha sido un espacio donde he podido comunicarme de una forma confidencial
- Otras que se me ocurren

4. De no haberlo tenido, ¿lo habrías echado en falta?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada

5. Comentarios que te gustaría hacer sobre este ámbito.