

Evaluación de la eficacia de un tratamiento libre de drogas intrapenitenciario

María José Casares-López, Ana M. González-Menéndez, M. Paula Fernández-García y Patricia Villagrà
Universidad de Oviedo

El presente estudio evalúa la eficacia de una unidad libre de drogas intrapenitenciaria en la reducción del consumo de sustancias, y analiza los cambios en el perfil de gravedad de la adicción, la motivación y el perfil de personalidad provocados por la intervención. Se trata de una evaluación externa, con un diseño ex post facto de medidas repetidas. Se evalúan 87 reclusos a lo largo de un año de estancia en el programa. La mayoría son varones jóvenes y policonsumidores que cumplen condena por delitos contra la salud pública y contra la propiedad. Muchos presentan necesidad de tratamiento psiquiátrico al ingreso, con una comorbilidad del 85% con trastornos de personalidad. La motivación para el tratamiento es baja, y se mantiene estable a lo largo de los 12 meses que dura el estudio. La unidad libre de drogas consigue disminuir el consumo de drogas, y mejorar las áreas de consumo, de relaciones familiares y el perfil de personalidad. Sin embargo, no se logran cambios en las áreas médica y psiquiátrica, por lo que se resalta la necesidad de intervención en estos ámbitos.

Evaluation of the effectiveness of a prison-based drug treatment. The present study evaluated the effectiveness of a drug-free unit (DFU) in reducing the use of substances by incarcerated adult offenders, and to analyze changes in the addiction severity index, motivation, and personality caused by the program. This is an external evaluation, with an ex post facto design with repeated measures. Eighty-seven prisoners from the DFU were evaluated during the first year of residence in the program. Most are young men, polydrug addicts and mainly serving sentences for public health crimes and property offenses. There is need of psychiatric treatment at the baseline, with 85% comorbid personality disorders. Motivation for treatment is low, and remains stable over 12 month's duration of the study. The DFU was found to have a significant effect in reducing the use of drugs by offenders and to improve the drug and family composite scores, also reducing scores on personality scales. However, it fails to change medical and psychiatric scores, so that the need for intervention in these areas is underscored.

Los últimos datos epidemiológicos sobre consumo de sustancias en instituciones penitenciarias españolas provienen de un informe emitido en el año 2006 y donde se muestra que el 92,5% de los 4.934 reclusos entrevistados había consumido alguna vez en la vida alguna sustancia psicoactiva (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2006). A nivel europeo, la Red de Servicios relacionados con Drogas y SIDA informó que el porcentaje de reclusos consumidores de sustancias variaba entre el 29 y el 86% (Hennebel, Fowler y Costall, 2002).

El contexto penitenciario representa por tanto una valiosa oportunidad para poner en marcha programas de rehabilitación que atiendan y den respuesta a los reclusos con Trastorno por Abuso de Sustancias (TUS). Sin embargo, solamente un 30,5% de los reclusos en España reciben tratamiento para TUS, mayoritariamente tratamientos de reducción de daños y programas de mantenimiento con metadona (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2006).

En España existen algunas Unidades Libres de Drogas o Comunidades Terapéuticas intrapenitenciarias. Sin embargo, la única referencia con informes de resultados procede del programa DAE de Cataluña en régimen de comunidad terapéutica intrapenitenciaria (Caixal y Roca, 1999). Estudios de meta-análisis y evaluaciones rigurosas de unidades libres de droga intrapenitenciarias concluyen que estas intervenciones, especialmente si continúan tras la puesta en libertad de los reclusos, son eficaces en la reducción de la reincidencia y de las tasas de recaídas (Chanhatasilpa, MacKenzie y Hickman, 2000). Sin embargo, no están disponibles estudios que evalúen los cambios conductuales y psicológicos observados a medida que avanza un tratamiento intrapenitenciario. Los estudios internacionales señalan la importancia de evaluar al ingreso variables de motivación, personalidad y funcionamiento social y psicológico de los internos (Hiller, Knight, Leukefeld y Simpson, 2002; Rosen, Hiller, Webster, Staton y Leukefeld, 2004; Welsh, 2010). Recientemente, Messina, Grella, Cartier y Torres (2010) y Zlotnick, Johnson y Najavits (2009) observaron reducciones en la gravedad de las áreas psiquiátrica, familiar y de consumo de alcohol y drogas evaluadas con el Índice de Gravedad de la Adicción en reclusos a tratamiento. Por su parte, Joe, Rowan-Szal, Greener, Simpson y Vance (2010) también detectaron aumentos en la motivación y

mejoras en el funcionamiento psicológico y social contingentes al avance de un tratamiento similar.

Dado que el éxito de las Unidades Libres de Drogas intrapenitenciarias depende de los resultados obtenidos del tratamiento, la evaluación de los mismos y el análisis de su evolución adquieren una importancia singular (Simpson y Joe, 2004). Por ello, el objetivo principal de este estudio es analizar los cambios en el perfil psicopatológico, adictivo y comportamental provocados por una intervención para TUS dispensada en prisión. Se trata de una evaluación externa, con un diseño *ex post facto* de medidas repetidas.

Método

Participantes

Formaron parte del estudio 87 sujetos (97,7% varones) con diagnóstico de TUS actual según criterios DSM-IV-TR. La muestra fue mayoritariamente masculina, de aproximadamente 32 años (DT: 8,42), en su mayoría solteros (52,9%) y con una media de años de estudio de 8,61 (DT: 2,90). El 37,9% de la muestra se declaró poli-consumidor. El 26,4% consumía principalmente cocaína, el 14,9% heroína, 11,5% alcohol, 4,6% mezcla de heroína y cocaína, 3,4% cannabis y 1,1% benzodiazepinas. Un 42,5% habían utilizado la vía de administración intravenosa a lo largo de la vida y un 30,1% habían tenido alguna sobredosis de drogas y un 6,9% han sufrido *delirium tremens*. El 10,3% habían recibido algún tratamiento para el abuso de alcohol y el 55,2% para el abuso de drogas. Además, encontramos que un 9,2% era beneficiario de una pensión por invalidez física y un 8% lo era debido a un trastorno mental grave.

En cuanto a la descripción de su situación legal, los reclusos habían pasado una media de 33,86 meses en prisión (DT: 60,06). El 58,6% había cometido algún delito contra la salud pública, el 51,7% contra la propiedad y un 52,8% delitos violentos.

Intervención

Una de las Unidades Libres de Drogas en nuestro país se encuentra en el Centro Penitenciario de Villabona (Asturias). El objetivo principal de esta Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) es generar procesos de cambio conductual y cognitivo en los internos, instaurar rutinas saludables, facilitar la deshabituación de las toxicomanías y favorecer la adquisición de valores prosociales y la reinserción. Aunque no se ha declarado como Comunidad Terapéutica, contiene alguno de los elementos tradicionales de esta modalidad de tratamiento, por ejemplo, estrategias de control estimular, sesiones de grupo, trabajo y formación intra-módulo, contratos de contingencias y confrontación por comportamientos inadecuados. Se trata de un programa indefinido, sin fases delimitadas y que sigue un modelo ecléctico en el que se entremezclan aproximaciones cognitivas, conductuales, psicodinámicas y humanistas. Aunque los internos progresan y regresan a través de una jerarquía de funciones, el factor tiempo de estancia no consta en la UTE como un criterio de progresión. En el año de realización de esta investigación (2006) la capacidad de la UTE era de 300 camas, aproximadamente.

Variables e instrumentos

Con el propósito de evaluar los cambios que el programa provoca en las variables dependientes motivación, personalidad y perfil de gravedad de la adicción, se utilizaron diversos instrumentos.

Índice Europeo de Gravedad de la Adicción —EuropASI— (Kokkevi y Hartgers, 1995), corregido mediante las Puntuaciones Compuestas (*composite scores* —CS—) para eliminar la subjetividad (McLellan et al., 1985). No se ha realizado el cálculo de las CS de las áreas legal y empleo, dado que la muestra ya se encontraba encarcelada en el período de los últimos 30 días.

Inventario Clínico Multiaxial —MCMI-II— (Millon, 1997), cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Siguiendo las recomendaciones del autor, se estableció como criterio de sospecha de un trastorno una puntuación en la Tasa Base mayor de 74 (Millon, 1997).

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale —SOCRATES—. Evalúa la motivación hacia el tratamiento (Miller y Tonigan, 1996).

Para la medida de la abstinencia se utilizaron reactivos *Multi-drog*, que detectan simultáneamente la presencia en orina de 10 sustancias.

Procedimiento

Todos los internos que ingresaban por primera vez en la UTE en el intervalo abril-diciembre de 2006, y presentaban TUS, formaron parte del estudio y realizaron la evaluación pre-tratamiento (n= 87).

Los instrumentos EuropASI y SOCRATES fueron administrados por personal entrenado durante la primera semana de ingreso. Para evitar que los efectos de la intoxicación y/o la abstinencia de sustancias sesgasen las respuestas, el MCMI-II se aplicó transcurrido un mes. Tras ese mismo tiempo se administró el primer EuropASI de seguimiento (n= 67). Por último, y al cabo de seis (n= 43) y doce meses (n= 36), se realizaron de nuevo las evaluaciones con los tres instrumentos mencionados. Coincidiendo con los seguimientos (1, 6 y 12 meses) se realizaron analíticas de orina.

Las diferencias de tamaño de muestra en las distintas medidas se deben a pérdidas aleatorias de sujetos como consecuencia de abandonos voluntarios, expulsiones, liberación, hospitalización y conducciones a otros centros penitenciarios.

Análisis de datos

En primer lugar se realizó el estudio descriptivo de las características demográficas de la muestra y de las variables relevantes (motivación, estado psicopatológico y gravedad de la adicción). Se evaluó si satisfacían el criterio de normalidad exigido por los estadísticos paramétricos todas aquellas variables medidas en escala cuantitativa y fue siempre satisfactorio.

Con ánimo de conocer si los registros efectuados a los 1, 6 y 12 meses diferían de la medida inicial se realizó el análisis de los datos tanto mediante el Modelo Lineal General (MLG) como mediante el Modelo Lineal Mixto (MLM).

Se ha realizado el análisis mediante el MLG con el análisis univariado de la varianza para medidas repetidas solo con aquellos internos de los cuales se disponía de todas las medidas. Se ha tenido en cuenta la presencia o ausencia de esfericidad y se han corregido los grados de libertad cuando fue necesario de acuerdo a Greenhouse y Geisser (1959) o a Huynh y Feldt (1976) (véase Fernández, Livacic-Rojas y Vallejo, 2007). Para observar la evolución en las variables de interés se examinó la tendencia mediante la realización de contrastes polinómicos. Se observó también el tamaño del efecto mediante η^2 y la potencia de prueba a posteriori.

ri. Con respecto al tamaño del efecto se ha considerado pequeño si fue inferior a 0,25, mediano si fue mayor de 0,25 y menor de 0,40, y grande si fue superior a 0,40 (a pesar de que Cohen (1988) consideró que los tamaños del efecto 0,2; 0,5 y 0,8 son pequeños, moderados y grandes, respectivamente, es habitual considerar en investigaciones donde se ejerce un escaso control o investigaciones exploratorias los parámetros que aquí se consideran, como por ejemplo hacen González-Pianda, Álvarez, González-Castro, Núñez, Bernardo y Álvarez, 2008).

De otra parte, se consideró la pérdida aleatoria de observaciones a lo largo de los 12 meses de estudio. Debido a que el MLM es más flexible que el MLG al permitir realizar el análisis de las medidas repetidas cuando se tienen datos perdidos (Kowalchuck, Keselman, Algina y Wolfinger, 2004), y dado que permite modelar la matriz de covarianza que subyace a los datos, hemos procedido a analizar los datos de acuerdo a este modelo. Para el análisis hemos considerado solo las 4 estructuras de covarianza habitualmente estudiadas, Simetría (S), Autorregresiva de primer orden (AR[1]), Autorregresiva de primer orden heterogénea (ARH[1]) y No estructurada (NE). A pesar de que existe un gran debate acerca de cuál es el mejor índice de ajuste para elegir la mejor estructura que subyace a los datos, se optó por utilizar el criterio AIC (Akaike, 1974). También se han realizado comparaciones *post hoc* por pares controlando la tasa de error mediante Bonferroni.

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el paquete estadístico PASW.18 y el nivel de significación se ha establecido *a priori* en 0,05.

Resultados

Perfil de los internos en el momento del ingreso

En la tabla 1 podemos observar el perfil de gravedad de los internos en la evaluación basal, así como la motivación y perfil de personalidad. Este último se realiza con las puntuaciones de 80 sujetos, pues siete personas invalidaron el test (incumplimiento de criterios de sinceridad y validez). Con respecto a la necesidad de tratamiento, el *Estado psiquiátrico* de la muestra parece ser el área más deficiente, seguida por el área de *Relaciones familiares-sociales*. De acuerdo con el SOCRATES, se observa un bajo *Reconocimiento* del problema, una *Ambivalencia* medio-alta y alta motivación en *Primeros pasos*. Existe sospecha de trastornos de personalidad en un porcentaje importante de reclusos: *Antisocial* (48,8%), *Delirios psicóticos* (40%) y *Dependiente* (40%) y *Auto-destructiva* (31,3%).

Cambios observados en el análisis de medidas repetidas: Modelo Lineal General

Respecto a las 138 analíticas realizadas en la UTE a lo largo de un año de evaluación, hemos obtenido 14 reactivos positivos (10,14%) a diferentes sustancias (cannabis, metaanfetaminas, heroína y metadona, y benzodiacepinas no prescritas), lo que indica un porcentaje de abstinencia alto. El autoinforme de los sujetos en respuesta al EuropASI informa que un 72,4% de la muestra manifiesta no haber tenido ningún consumo durante su estancia en la unidad (incluido alcohol).

El análisis realizado mediante el MLG nos indica que las medidas recogidas mediante las escalas SOCRATES no experimentaron variaciones estadísticamente significativas a lo largo de las evaluaciones.

Con respecto a las CS del EuropASI se apreciaron cambios estadísticamente significativos en las escalas *Consumo de alcohol* [$F = 4,465$; $gl = 3 - 78$; $p = 0,006$; $\eta^2 = 0,147$; $1 - \beta = 0,859$] (siendo F el estadístico sin ajustar cuando $\epsilon = 1$; F_{GG} o $F_{HF} - F$ corrigiendo los grados de libertad mediante Greenhouse-Geisser o Huynh-Feldt, respectivamente; $gl =$ grados de libertad; $p =$ probabilidad de la hipótesis nula; $\eta^2 =$ tamaño del efecto y $1 - \beta =$ potencia de la prueba), *Consumo de drogas* [$F_{GG} = 3,465$; $gl = 2,12 - 48,94$; $p = 0,037$; $\eta^2 = 0,131$; $1 - \beta = 0,639$] y *Situación familiar* [$F = 2,943$; $gl = 3 - 27$; $p = 0,050$; $\eta^2 = 0,246$; $1 - \beta = 0,540$]. En la tabla 2 podemos apreciar los resultados obtenidos mediante los contrastes polinómicos para examinar la tendencia. Es destacable que las variables *Consumo de alcohol* y *Situación familiar* experimenten una mejoría progresiva a lo largo del tiempo, tendencia lineal. La variable *Consumo de drogas*, por el contrario, experimenta asimismo un cambio entre la primera medida y la segunda para después volver a los niveles originales, tendencia cuadrática.

De todas las medidas que nos aporta el Perfil de personalidad registrado con el MCMI-II solo las escalas *Dependiente* [$F = 5,175$; $gl = 2 - 54$; $p = 0,009$; $\eta^2 = 0,161$; $1 - \beta = 0,807$], *Límite* [$F = 3,385$; $gl = 2 - 54$; $p = 0,041$; $\eta^2 = 0,111$; $1 - \beta = 0,614$], *Histeriforme* [$F = 4,222$; $gl = 2 - 52$; $p = 0,020$]; $\eta^2 = 0,140$; $1 - \beta = 0,716$], *Neurosis depresiva* [$F = 4,410$; $gl = 2 - 54$; $p = 0,017$; $\eta^2 = 0,140$; $1 - \beta = 0,701$], *Compulsiva* [$F_{HF} = 4,383$; $gl = 1,65 - 44,61$; $p = 0,024$; $\eta^2 = 0,140$; $1 - \beta = 0,672$] y *Esquizotipia* [$F = 6,737$; $gl = 2 - 54$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,200$; $1 - \beta = 0,861$] alcanzan la significación estadística en el ANOVA de medidas repetidas aunque con un tamaño del efecto pequeño. Las dos primeras, *Dependiente* y *Límite*, experimentan un cambio entre la línea base y la medida a los seis meses, pero más adelante (al año) vuelven a los niveles iniciales, siendo su tendencia por tanto cuadrática. Las cuatro últimas experimentan una tendencia lineal, mejorando su estimación en la última medida con respecto a las anteriores.

Cambios observados en el análisis de medidas repetidas: Modelo Lineal Mixto

Los resultados obtenidos tras analizar los datos mediante el MLM no contradicen los resultados anteriores, sino que aportan información más detallada de las diferencias entre las medias en los distintos tiempos.

Tampoco se aprecia significación estadística para la motivación a lo largo de los diferentes momentos de evaluación. Con respecto a las CS del EuropASI resulta estadísticamente significativo el cambio que se produce en las escalas cuando los datos fueron analizados mediante el MLG (tabla 2). Los resultados del perfil de personalidad registrado con el MCMI-II también coinciden con los extraídos mediante el MLG.

Simplemente cabe destacar que la potencia de la prueba es mayor para el MLM y que destaca más las diferencias entre las medias. También es reseñable que las matrices de covarianza subyacentes a los datos fueron de simetría combinada para las escalas *Límite*, *Histeriforme* y *Neurosis depresiva* (a diferencia del análisis efectuado mediante el MLG, donde de las escalas que resultaron estadísticamente significativas y que fueron expuestas anteriormente todas fueron matrices circulares mediante el criterio de Mauchly, con excepción de las escalas *Drogas* y *Compulsiva*), autorregresivas de primer orden ARH(1) *Drogas*, *Familiar*, *Psiquiátrica* y *Compulsiva*, y No estructuradas, NE, las escalas *Alcohol*, *Dependiente* y *Esquizotípica*, de otra parte las más comunes

esperables en investigación aplicada (Vallejo, Fernández, Herrero y Conejo, 2004).

Discusión y conclusiones

El principal objetivo de este estudio era analizar la presencia de cambios en la gravedad de la adicción, motivación y estado psicopatológico de reclusos ingresados en un tratamiento intrapenitenciario conocido como UTE.

Los resultados mostraron que, al ingreso, la necesidad de tratamiento en el área *Psiquiátrica* era elevada, pues la mayoría de reclusos presentaba sintomatología ansiosa, depresiva y *déficit* cognitivos. Un alto porcentaje (85%) cumplía criterios para el

diagnóstico de algún TP, siendo los más prevalentes el TP *Anti-social*, *Dependiente* y *Autodestructivo*. Asimismo, y respecto a la motivación inicial para recibir tratamiento, el reconocimiento del problema era más bien bajo, si bien se apreciaron las primeras respuestas de los internos para solucionar su problema.

Dado que el Modelo Lineal Mixto es una estrategia sólida para realizar inferencias más exactas sobre los efectos de las fuentes de variación en el modelo cuando existe desgaste de muestra (Fernández et al., 2007), hemos elaborado la discusión de los cambios observados con base en estos resultados.

La baja motivación para el cambio detectada al ingreso en la UTE no cambia con el transcurso del tiempo ni del tratamiento. De hecho, e independientemente de la modalidad de análisis empleada, el

Tabla 1
Estadísticos descriptivos, media y desviación típica [M (DT)] en la medida inicial y en tres medidas de seguimiento (1, 6 y 12 meses) en las escalas de gravedad de la adicción, motivación y personalidad

Escala	Medida inicial	Medidas seguimiento			
		1 mes	6 meses	12 meses	
EuropASI (N= 87)	Médica	0,233 (0,276)	0,241 (0,304)	0,237 (0,300)	0,289 (0,514)
	Alcohol	0,134 (0,142)	0,047 (0,114)	0,028 (0,091)	0,035 (0,071)
	Drogas	0,153 (0,116)	0,079 (0,072)	0,064 (0,075)	0,099 (0,147)
	Familiar-Social	0,327 (0,229)	0,292 (0,226)	0,212 (0,127)	0,125 (0,152)
	Psiquiátrica	0,320 (0,248)	0,366 (0,266)	0,357 (0,262)	0,398 (0,268)
SOCRATES (N= 87)	Reconocimiento	28,65 (6,77)		29,67 (7,13)	28,93 (5,36)
	Ambivalencia	14,46 (3,85)		13,89 (4,78)	13,39 (4,39)
	Haciendo cambios	34,55 (5,61)		34,17 (10,03)	34,07 (7,07)
Patrones clínicos de personalidad (N= 80)	Esquizoide	60,78 (23,62)		59,50 (19,25)	55,32 (18,19)
	Fóbica	58,36 (26,29)		56,35 (29,25)	55,48 (27,80)
	Dependiente	62,49 (27,52)		53,85 (18,91)	63,48 (18,14)
	Histriónica	59,74 (24,39)		57,98 (20,83)	59,81 (15,01)
	Narcisista	53,65 (27,43)		57,13 (22,86)	52,68 (21,64)
	Antisocial	69,30 (31,87)		68,20 (28,01)	62,77 (25,06)
	Agresivo-Sádica	53,56 (28,58)		57,70 (6,96)	52,84 (22,99)
	Compulsiva	53,56 (28,58)		51,83 (24,75)	51,97 (17,04)
	Pasivo-Agresiva	46,83 (32,31)		56,10 (36,29)	49,23 (33,67)
Autodestructiva	55,45 (28,47)		53,93 (24,52)	52,90 (27,19)	
Síndromes clínicos (N= 80)	Ansiedad	51,68 (29,28)		39,13 (30,71)	35,23 (32,57)
	Histeriforme	49,99 (27,11)		35,75 (23,46)	31,42 (25,08)
	Hipomanía	53,50 (25,07)		48,85 (17,26)	47,94 (15,67)
	Distimia	45,04 (31,18)		30,35 (28,02)	21,61 (24,05)
	Abuso alcohol	73,71 (30,02)		67,43 (21,74)	64,74 (20,21)
	Abuso drogas	71,58 (27,09)		67,50 (22,89)	66,00 (21,06)
Patología grave de personalidad (N= 80)	Esquizotípica	62,06 (26,28)		51 (26,14)	47,29 (23,83)
	Límite	57,54 (30,21)		49,80 (24,78)	44,06 (29,25)
	Paranoide	63,69 (25,48)		60,73 (20,94)	58,42 (17,52)
Síndromes graves (N= 80)	Pensamiento psicótico	61,33 (26,19)		54,13 (21,31)	44,35 (29,01)
	Depresión mayor	49,95 (31,82)		36,25 (29,28)	34,19 (28,41)
	Trastorno delirante	69,53 (21,90)		64,38 (18,34)	63,19 (13,87)

tiempo de estancia no parece influir en ninguno de los tres aspectos de motivación evaluados. Es posible que tanto la situación de encarcelamiento como algunas características del programa sean responsables de este estancamiento. Como señalamos anteriormente, estos reclusos tienen una condena pendiente media de 4 años y reciben tratamiento en un programa que carece de fases y temporalización. No sorprende, por tanto, que alguno de estos factores o su combinación redunden en la ausencia de cambios observables en motivación.

Lo mismo podemos decir respecto a las áreas médica y psiquiátrica evaluadas por el EuropASI. La gravedad de estas áreas no cambia con el avance de la intervención, bien porque alguno de los ítems que las evalúan en el seguimiento no sean suficientemente discriminativos, bien porque el programa no incorpora sesiones de educación para la salud que favorezcan la adherencia al tratamiento farmacológico, cuando éste exista, o pautas de higiene del sueño y de prevención y tratamiento de enfermedades.

Respecto a la abstinencia, el 89,86% de resultados negativos en las analíticas realizadas junto con el autoinforme del sujeto en res-

puesta al EuropASI, en el que un 72,4% de la muestra manifiesta no haber tenido ningún consumo durante su estancia en la unidad, señalan que, en gran medida, este objetivo se cumple.

Apoyando estos resultados, hemos podido documentar descensos notables en 3 de las 5 áreas de evaluación del EuropASI. Por ejemplo, en el área consumo de *Alcohol* se observó un descenso continuo que se vio reflejado de nuevo al cabo de un año de intervención. Asimismo, la mejora significativa de las relaciones familiares observada trascurridos seis meses de intervención (área *Familiar* del EuropASI) logró no solo mantenerse, sino incluso mejorar tras un año de tratamiento. Aunque puedan sorprender estas mejorías en el área familiar (por tratarse de personas encarceladas), la UTE incorpora en su intervención un trabajo importante con la familia del interno. Alguno de los elementos de este trabajo (visitas a la prisión, actividades conjuntas) favorece interacciones adaptadas entre un individuo abstínente y su familia, que lógicamente redundan en una mejoría importante de las relaciones familiares durante la estancia en la Unidad.

Tabla 2

Resultados obtenidos para las escalas EuropASI y MCMI-II tanto mediante el MLM para el efecto intra-sujeto y la comparación por pares, como los resultados obtenidos mediante el MLG en el examen de la tendencia

	MLM						MLG								
	N ¹	N ²	F	gl	p	Tiempos	DM	ET	gl	p	F	gl	p	η ²	1-β
Alcohol	65	27	14,07	3;47,87	0,000	1-2	0,082	0,017	64,03	0,000	9,385 ^L	1;26	0,005	0,265	0,839
	60					1-3	0,202	0,019	59,58	0,000					
	42					1-4	0,096	0,015	49,06	0,000					
	35														
Drogas	71	24	14,07	3;47,87	0,000	1-2	0,082	0,017	64,03	0,000	9,578 ^C	1;23	0,005	0,294	0,842
	59					1-3	0,202	0,019	59,58	0,000					
	40					1-4	0,096	0,015	49,06	0,000					
	34														
Familiar	87	10	7,27	3;34,55	0,001	1-3	0,073	0,034	55,30	0,008	8,530 ^L	1;9	0,017	0,487	0,739
	68					1-4	0,091	0,042	32,54	0,000					
	18					2-4	0,042	0,042	35,03	0,003					
	15														
Dependiente	80	28	5,068	2;44,59	0,010	1-2	9,20	2,21	55,18	0,023	9,298 ^C	1;27	0,005	0,256	0,836
	40					2-3	-9,20	3,43	39,15	0,019					
	31														
Compulsiva	80	28				N.S.			4,967 ^C	1;27	0,034	0,155	0,575		
Esquizotípica	80	28	9,394	2;39,00	0,000	1-2	10,54	3,70	46,18	0,020	2,513 ^L	1;27	0,001	0,340	0,949
	40					1-3	11,76	2,74	39,51	0,000					
	31														
Límite	80	28	3,904	2;77,987	0,024	1-3	11,032	4,314	81,27	0,038	1,325 ^L	1;27	0,021	0,182	0,656
Histeriforme	80	28	8,151	2; 84,59	0,001	1-2	11,85	3,81	89,27	0,008	8,056 ^L	1;26	0,009	0,237	0,780
	40					1-3	14,97	4,19	88,75	0,002					
	31														
Neurosis depresiva	80	28	7,859	2; 95,93	0,001	1-2	13,77	50,80	84,46	0,024	6,943 ^L	1;27	0,014	0,205	0,719
	40					1-3	22,47	6,00	142,7	0,001					
	31														

N¹ y N²= N° de sujetos con medida en cada seguimiento y con medidas completas en todos los tiempos; DM= Diferencia de medias; ET= error típico; gl= grados de libertad; η² = Tamaño del efecto; 1-β= Potencia de prueba; Superíndices C y L: Tendencia cuadrática y lineal, respectivamente; N.S.= Resultado no estadísticamente significativo

Por su parte, el área de consumo de *Drogas* del EuropASI también descendió significativamente al cabo de seis meses de tratamiento. Más aún, el descenso en la puntuación de gravedad del área *Consumo de drogas* ya pudo detectarse durante el primer mes de evaluación, lo que evidencia una notable reducción en la frecuencia y cantidad de consumo de sustancias tras el ingreso en la UTE. Sin embargo, las ganancias conseguidas no lograron mantenerse transcurrido un año de intervención. Diferentes factores pueden explicar esta pérdida, por un lado, el programa no incluye elementos validados empíricamente que favorezcan el mantenimiento de la abstinencia, como grupos de prevención de recaídas o de entrenamiento en habilidades sociales (Secades y Fernández-Hermida, 2001). Por otro, la ausencia de cambios en la motivación también podría explicar este dato. Ítems del tipo *¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes los problemas relacionados con las drogas o con problemas psicológicos o emocionales?* podrían señalar respuestas que simplemente demanden al programa una ayuda terapéutica que el sujeto cree necesitar.

Apenas existen referencias en la literatura internacional que se ocupen de comprobar los cambios en el perfil de gravedad de la adicción durante un tratamiento intrapenitenciario. Únicamente dos trabajos, realizados con mujeres en prisión, contemplaron estos aspectos, pero las evaluaciones de esta variable se realizaron tras su puesta en libertad, es decir, tiempo después de concluida la terapia. En ambos, se observaron descensos estadísticamente significativos de las áreas de *Consumo de drogas* y *Legal* tras el tratamiento (Messina et al., 2010; Zlotnick et al., 2009).

La alta prevalencia de trastornos de personalidad en personas con TUS también ha sido puesta de manifiesto en numerosos estudios (López y Becoña, 2006; Stefánsson y Hesse, 2007). Por ello, otra pregunta subyacente es si es posible inducir modificaciones en el perfil de personalidad de personas con TUS en tratamiento intrapenitenciario. Este estudio nos indica que la estancia en la UTE repercute en una disminución de las Tasa Base de las escalas del MCMI-II. En concreto, al cabo de seis meses, los resultados señalaron descensos significativos en cuatro rasgos de personalidad, que además lograron mantenerse transcurrido un año de in-

tervención: *Dependiente*, *Esquizotipia*, *Histeriforme* y *Neurosis depresiva*. El rasgo de personalidad *Límite* precisó de un año completo para reducirse significativamente. Aunque no faltan estudios que consideren el perfil de personalidad como una entidad estable que no logra modificarse ni tras 7 años de intervención (Ravndal y Vaglum, 2010), los resultados aquí obtenidos concuerdan con trabajos anteriores en los que se demuestra que la abstinencia y el tratamiento para el TUS sí logran provocar descensos en las puntuaciones de algunas escalas de personalidad (Calsyn, Wells, Fleming y Saxon, 2000; De Groot et al., 2003).

Son varias las virtudes y limitaciones de este estudio. Entre las limitaciones, la más importante se refiere a la imposibilidad de contar con un grupo de comparación de sujetos no tratados. Asimismo, la posibilidad de los internos de acceder a la UTE en cualquier momento que lo deseen provoca un número elevado de abandonos y un tiempo de estancia corto. Todo ello se traduce en una importante mortalidad experimental que dificulta el análisis de la evolución de los sujetos y la generalización de los datos. Tampoco ha sido posible identificar con claridad los componentes terapéuticos causantes de las mejoras observadas, especialmente porque el programa carece de un *curriculum* de tratamiento claramente definido. Por último, el escaso número de analíticas realizadas hace imposible disponer de una verificación biológica completa de los datos de abstinencia.

Entre las virtudes, el estudio aquí presentado es pionero en la evaluación de un programa intrapenitenciario para abuso de sustancias en nuestro país, así como en la medición de variables individuales importantísimas para favorecer el objetivo último de la institución penitenciaria, que no es otro que la reinserción en la sociedad.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por la ayuda predoctoral “Severo Ochoa”, BP07-095; otorgada por la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología —FICYT— dentro del Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Referencias

- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, *AC-19*, 716-723.
- Caixal, G., y Roca, X. (1999). El tratamiento de la conducta adictiva en comunidad terapéutica intra y extrapenitenciaria: análisis de una muestra. *Trastornos Adictivos*, *1*, 246-250.
- Calsyn, D.A., Wells, E.A., Fleming, C., y Saxon, A.J. (2000). Changes in Millon Clinical Multiaxial Inventory scores among opiate addicts as a function of retention in methadone maintenance treatment and recent drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *26*, 297-310.
- Chanhatasilpa, C., MacKenzie, D.L., y Hickman, L.J. (2000). The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders: A review and assessment of the research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *19*, 383-393.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- De Groot, M.H., Franken, I., Van der Meer, C., y Hendriks, V. (2003). Stability and change in dimensional ratings of personality disorders in drug abuse patients during treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *24*, 115-120.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006). *Actuar es posible: intervención sobre drogas en centros penitenciarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Fernández, P., Livacic-Rojas, P., y Vallejo, G. (2007). Cómo elegir la mejor prueba estadística para analizar un diseño de medidas repetidas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *1*, 153-175.
- González-Pienda, J.A., Álvarez, L., González-Castro, P., Núñez, J.C., Bernardo, A., y Álvarez, D. (2008). Estrategia hipertextual computerizada y construcción personal de significados. *Psicothema*, *20*, 49-55.
- Greenhouse, S.W., y Geisser, S. (1959). On methods in the analysis of profile data. *Psychometrika*, *24*, 95-112.
- Hennebel, L.C., Fowler, V., y Costall, P. (2002). Supporting families of drug dependent offenders. Londres: The European Network of Drug Services in Prison (ENDSP) and Cranstoun Drug Services. Disponible en URL: http://endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=39&func=filepath&filecatid=32&parent=category (accedido el 26-5-2005).
- Hiller, M.L., Knight, K., Leukefeld, C., y Simpson, D.D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, *29*, 56-75.
- Huynh, H., y Feldt, L.S. (1976). Estimation of the Box correction for degrees of freedom from sample data randomized block and split-plot designs. *Journal of Educational Statistics*, *1*, 69-82.

- Joe, G.W., Rowan-Szal, G.A., Greener, J.M., Simpson, D.D., y Vance, J. (2010). Male methamphetamine-user inmates in prison treatment: During-treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 141-152.
- Kokkevi, A., y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Kowalchuck, R.K., Keselman, H.J., Algina, J., y Wolfinger, R.D. (2004). The analysis of repeated measures with mixed-model adjusted *F* test. *Educational and Psychological Measurements*, 64, 224-242.
- López, A., y Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 577-582.
- Martínez, J.M., y Trujillo, H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- McIntosh, J., y Saville, E. (2006). The challenges associated with drug treatment in prison. *Probation Journal*, 53, 230-247.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., McGahan, P., y O'Brien, C.P. (1985). *Guide to the Addiction Severity Index: Background, administration, and field testing results*. U.S. Dept Health and Human Services, Rockville, MD.
- Messina, N., Grella, C.E., Cartier, J., y Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 97-107.
- Miller, W.R., y Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Millon, T. (1997). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (II): MCMI-II*. Madrid: TEA
- Ravndal, E., y Vaglum, P. (2010). The Millon Clinical Multiaxial Inventory II: Stability over time? A seven-year follow-up study of substance abusers in treatment. *European Addiction Research*, 16, 146-151.
- Rosen, P.J., Hiller, M.L., Webster, J.M., Staton, M.S., y Leukefeld, C. (2004). Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *Journal of psychoactive drugs*, 36, 387-396.
- Secades, R., y Fernández- Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Simpson, D.D., y Joe, G.W. (2004). A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 89-97.
- Stefánsson, R., y Hesse, M. (2007). Personality disorders in substance abusers: A comparison of patients treated in a prison unit and patients treated in inpatient treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 402-406.
- Vallejo, G., Fernández, P., Herrero, J., y Conejo, N. (2004). Alternative procedures for testing fixed effects in repeated measures designs when assumptions are violated. *Psicothema*, 16, 498-508.
- Welsh, W.N. (2010). Inmate responses to prison-based drug treatment: A repeated measures analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 37-44.
- Zlotnick, C., Johnson, J., y Najavits, L.M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40, 325-336.