



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL Y ANTROPOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Modelos motivacionales y de prevención de recaídas en el tratamiento del diagnóstico dual en contextos penitenciarios: tres estudios empíricos

Autor: ABDÓN MARTÍN COCA

Dirigida por:

JOSÉ ANTONIO MARTÍN HERRERO

Departamento de Psicología Social y Antropología

CRISTINA JENARO RÍO

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

SALAMANCA, 2026



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL Y ANTROPOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Modelos motivacionales y de prevención de recaídas en el tratamiento del diagnóstico dual en contextos penitenciarios: tres estudios empíricos

Autor: ABDÓN MARTÍN COCA

Dirigida por:

JOSÉ ANTONIO MARTÍN HERRERO

Departamento de Psicología Social y Antropología

CRISTINA JENARO RÍO

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

SALAMANCA, 2026

Agradecimientos

Quiero agradecer, en primer lugar, a las personas con las que he trabajado en el desarrollo de esta tesis. En especial, a los internos del Centro Penitenciario de Topas, por su participación, su tiempo y su disposición, y a los profesionales del centro que lo hicieron posible, por su colaboración y por la seriedad con la que se gestionó el proceso. También a quienes, de una u otra forma, participaron y sostuvieron el encuadre para que el trabajo pudiera realizarse en condiciones reales.

A José Antonio Martín Herrero, por su impulso intermitente pero constante para que diera este paso cuando todavía lo evitaba. A Cristina Jenaro Río, por su aval preciso en el momento crítico y por su generosidad para acompañar el proyecto con rigor. A María del Carmen Tabernero Urbieto, directora del departamento, por su interpelación directa, oportuna, y por recordarme que algunas tareas no se posponen sin coste.

A Libia, por su paciencia, por su ayuda constante y por estar también en todo lo que no se ve.

A Cáritas Diocesana de Zamora, por haber hecho posible mi incorporación al contexto en el que se desarrolló parte de este trabajo.

A la Universidad de Salamanca, por darme un lugar donde enseñar y, a la vez, seguir construyendo una mirada aplicada desde la docencia.

Y, en lo que sostiene el día a día, gracias a quienes comparten conmigo la vida y el tiempo, y lo hacen más llevadero y más digno.

Y, por supuesto, mi gratitud a cuatro personas esenciales: mi madre, Ángeles; mi padre, Domingo; y mis hijos, Samuel y Darío. Gracias, de corazón.

***“Y qué bonito mirar
La sombra que hacen las rejas
Mientras meto las orejas
En el centro de tu andar

Si el mundo está del revés
Habrá que buscar cordura
Y una pizca de locura
Para saber quererte más...”***

Vis a Vis. Jose Miguel Conejo Torres / Enrique Suarez Caycedo

Declaración sobre el uso de herramientas de apoyo basadas en inteligencia artificial.

En la elaboración del presente trabajo se han utilizado herramientas digitales de apoyo a la redacción y revisión lingüística para mejorar la claridad expositiva, la coherencia formal y la adecuación al estilo APA 7. También se han usado de forma puntual como apoyo a la traducción de documentación científica relevante entre inglés y español, con revisión final del autor. Estas herramientas no han intervenido en el diseño metodológico, el análisis de datos, la interpretación de resultados ni en la generación de contenido científico original. La responsabilidad intelectual, conceptual y empírica del trabajo corresponde íntegramente al autor.



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Avda. de la Merced, 109-131, 37005 Salamanca,
Teléfono 923 294 500 Ext. 3301, Fax 923 294 607

Dr. D. JOSÉ ANTONIO MARTÍN HERRERO, Profesor Permanente Laboral del Departamento de Psicología Social y Antropología y Dra. D^a CRISTINA JENARO RIO, Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

CERTIFICAMOS:



Que el presente trabajo de investigación titulado “Modelos motivacionales y de prevención de recaídas en el tratamiento del diagnóstico dual en contextos penitenciarios: tres estudios empíricos”, constituye el trabajo de investigación que presenta D. ABDÓN MARTÍN COCA para optar al grado de Doctor.

El trabajo, realizado bajo nuestra dirección, reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica y está en condiciones de ser sometida a la valoración del Tribunal encargado de juzgarla.

Para que conste firmamos la presente en Salamanca, a 11 de febrero 2026

Fdo. José Antonio Martín Herrero

Fdo. Cristina Jenaro Río

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<u>1</u>	<u>CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....</u>	<u>23</u>
1.1	CONTEXTO Y RELEVANCIA	23
1.2	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA E INSTITUCIONAL	25
1.3	EL BEHAVIOUR CHANGE WHEEL -BCW- COMO EJE ARTICULADOR	27
1.4	APLICACIÓN DEL BCW EN LAS TRES INTERVENCIONES.....	30
1.4.1	INTERVENCIÓN 1: FORMACIÓN EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL	31
1.4.2	INTERVENCIÓN 2: INTERVENCIÓN EN DIAGNÓSTICO DUAL	32
1.4.3	INTERVENCIÓN 3: PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (PPR).....	32
1.5	ORIGINALIDAD Y RELEVANCIA DE ESTE ESTUDIO	33
1.6	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	34
<u>2</u>	<u>CAPÍTULO 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....</u>	<u>37</u>
2.1	DELIMITACIÓN, PROPÓSITO Y CRITERIO DE SÍNTESIS	37
2.2	MAGNITUD DEL PROBLEMA: SALUD MENTAL, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y COMORBILIDAD EN POBLACIÓN INTERNA.....	39
2.3	INTERVENCIONES EN CENTROS PENITENCIARIOS, CALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN Y BRECHAS DE EVIDENCIA	42
2.3.1	INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS	43
2.3.2	INTERVENCIONES DESDE EL MARCO COGNITIVO-CONDUCTUAL	46
2.3.3	INTERVENCIONES BASADAS EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	48
2.3.4	PROGRAMAS INTEGRADOS PARA DIAGNÓSTICO DUAL EN CONTEXTOS PENITENCIARIOS	51
2.3.5	PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN POBLACIÓN PENITENCIARIA	53
2.3.6	CALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN Y OTRAS INTERVENCIONES	55
2.4	FORMACIÓN DE PROFESIONALES PENITENCIARIOS EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL: EVIDENCIA, LÍMITES Y NECESIDADES	60

2.5	PREVENCIÓN DE RECAÍDAS: DE LOS MODELOS COGNITIVO-CONDUCTUALES A LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN CONDICIONES REALES	62
2.6	DIAGNÓSTICO DUAL EN CENTROS PENITENCIARIOS: TERAPIAS INTEGRADAS, EVIDENCIA EN JUSTICIA PENAL Y VACÍOS EUROPEOS	63
2.7	SÍNTESIS CRÍTICA: QUÉ SE SABE, QUÉ NO SE SABE Y DÓNDE ESTÁ LA BRECHA	65

3 CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO Y DISEÑO DE LOS ESTUDIOS 66

3.1	DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES	66
3.2	PARTICIPANTES Y CONTEXTO	66
3.3	PROCEDIMIENTO Y DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	67
3.4	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	68
3.4.1	INTERVENCIÓN 1. FORMACIÓN EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL: MIA:STEP	69
3.4.2	INTERVENCIÓN 2: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN DIAGNÓSTICO DUAL	69
3.4.3	INTERVENCIÓN 3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	70
3.5	ANÁLISIS DE DATOS.....	71
3.5.1	ANÁLISIS CUANTITATIVOS.....	71
3.5.2	ANÁLISIS CUALITATIVOS	72
3.6	MUESTRA INTEGRADA Y VALIDEZ EXTERNA	72
3.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y PROTECCIÓN DE DATOS.....	72
3.8	CALIDAD METODOLÓGICA: FIDELIDAD, SESGOS PREVISIBLES Y MANEJO DE DATOS	73

4 CAPÍTULO 4. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA PROFESIONALES PENITENCIARIOS..... 74

4.1	INTRODUCCIÓN	74
4.2	MATERIAL Y MÉTODO.....	77
4.2.1	DISEÑO DEL ESTUDIO	77
4.2.2	PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN FORMATIVA	77
4.2.3	PARTICIPANTES	78

4.2.4	INSTRUMENTO DE MEDIDA.....	79
4.2.5	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	80
4.3	RESULTADOS	81
4.4	DISCUSIÓN	83

5 CAPÍTULO 5. PROPUESTA TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DE DIAGNÓSTICO DUAL EN UN ENTORNO PENITENCIARIO..... 89

5.1	INTRODUCCIÓN	89
5.2	MATERIAL Y MÉTODO.....	90
5.2.1	PARTICIPANTES	90
5.2.2	INSTRUMENTOS Y DATOS.....	91
5.2.3	PROCEDIMIENTO DE LA TERAPIA GRUPAL E INDIVIDUAL	91
5.2.4	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	95
5.2.5	RIGOR Y CALIDAD DEL ANÁLISIS CUALITATIVO	96
5.3	RESULTADOS	97
5.4	DISCUSIÓN	105
5.4.1	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	109

6 CAPÍTULO 6. EFECTOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS SOBRE LA MOTIVACIÓN, LAS RECAÍDAS Y EL MANEJO DEL ESTRÉS EN ENTORNOS PENITENCIARIOS.....111

6.1	INTRODUCCIÓN	111
6.2	MÉTODO.....	115
6.2.1	PROCEDIMIENTO E INTERVENCIÓN.....	115
6.2.2	MEDIDAS	118
6.2.3	ANÁLISIS DE DATOS.....	120
6.3	RESULTADOS	120
6.4	DISCUSIÓN	129

6.5	IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	135
6.5.1	LIMITACIONES	136
7	<u>CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES</u>	139
7.1	INTEGRACIÓN Y ANÁLISIS GLOBAL DE RESULTADOS	139
7.1.1	FORMACIÓN EN EM	140
7.1.2	INTERVENCIÓN EN DIAGNÓSTICO DUAL	140
7.1.3	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.....	141
7.2	VERIFICACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	143
7.2.1	INTERVENCIÓN 1. FORMACIÓN EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL	144
7.2.2	INTERVENCIÓN 2. INTERVENCIÓN EN DIAGNÓSTICO DUAL	146
7.2.3	INTERVENCIÓN 3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	147
7.2.4	SÍNTESIS DEL OBJETIVO GLOBAL DE LA TESIS	149
7.2.5	PRINCIPALES APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN DESARROLLADA	150
7.3	LIMITACIONES IDENTIFICADAS EN LAS INTERVENCIONES.....	152
7.4	APLICABILIDAD, FUTURAS INVESTIGACIONES Y RECOMENDACIONES PRÁCTICAS	154
7.5	CONCLUSIONES GENERALES	157
8	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	161
9	<u>ANEXOS.....</u>	191
9.1	ANEXO 1: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN INICIAL.....	191
9.2	ANEXO 2: REGISTRO DE SESIONES INDIVIDUALES	199
9.3	ANEXO 3: REGISTRO DE SESIONES DE GRUPO	203
9.4	ANEXO 4: CUESTIONARIO FINAL DE TRATAMIENTO	205
9.5	ANEXO 5. EL CUESTIONARIO GLOBAL PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (PPR).....	209

9.6	ANEXO 6: CONSISTENCIA INTERNA DE LAS MEDIDAS EN LA MUESTRA DE NUESTRO ESTUDIO EMPÍRICO (ALFAS DE CRONBACH).....	212
9.7	ANEXO 7: PRUEBAS DE RANGOS CON SIGNO DE WILCOXON PARA SOCRATES, AWARE Y BRIEF COPE	213
9.8	ANEXO 8: CORRELACIONES ENTRE LOS CONCEPTOS COPE EN M1	215
9.9	ANEXO 9: PRUEBA H DE KRUSKAL-WALLIS PARA BRIEF COPE	217

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Funciones de intervención y categorías de política en el BCW</i>	28
Tabla 2. <i>Estructura comparativa de las intervenciones, objetivos e hipótesis</i>	35
Tabla 3. <i>Mapa de evidencia: ejes, foco y fuentes nucleares</i>	38
Tabla 4. <i>Indicadores sintéticos para situar la magnitud del problema</i>	41
Tabla 5. <i>Intervenciones habituales para TUS en población penitenciaria y nivel de evidencia</i>	42
Tabla 6. <i>Estructura del programa formativo en entrevista motivacional</i>	78
Tabla 7. <i>Estadísticas descriptivas y análisis de resultados con tamaño del efecto y potencia observada</i>	82
Tabla 8. <i>Contenidos de las sesiones grupales</i>	93
Tabla 9. <i>Codificación de sesiones individuales</i>	100
Tabla 10. <i>Codificación de sesiones grupales</i>	101
Tabla 11. <i>Codificación del cuestionario final</i>	103
Tabla 12. <i>Correlaciones entre objetivos motivo del estudio y satisfacción global con la terapia</i>	105
Tabla 13. <i>Contenido del programa de prevención de recaídas</i>	117
Tabla 14. <i>Estadísticas descriptivas y prueba de diferencia de medias en las medidas de evaluación en los puntos temporales M1 y M2</i>	121
Tabla 15. <i>Correlaciones entre los constructos del COPE en el momento temporal M2</i>	123
Tabla 16: <i>Pruebas ANOVA de diferencias entre grupos para las dimensiones COPE en M1 y M2. Estadístico F, p-valor y resultado del análisis post hoc (Scheffe)</i>	127

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Sistema COM-B (Tomado de Michie, van Stralen y West, 2011)</i>	28
Figura 2. <i>Sistema BCW (Tomado de Michie, van Stralen y West, 2011)</i>	29
Figura 3. <i>Evolución de las dimensiones evaluadas en el programa formativo.</i>	84

1 Capítulo 1. Fundamentación teórica

1.1 Contexto y relevancia

Los centros penitenciarios concentran una carga clínica y social elevada. En este contexto, los trastornos mentales y los problemas relacionados con el consumo de sustancias suelen presentarse de forma simultánea. Esta coocurrencia incrementa la complejidad asistencial y condiciona la organización de los recursos disponibles. La evidencia internacional describe una prevalencia alta de trastornos por uso de sustancias (TUS) y patrones consistentes de comorbilidad psiquiátrica en población penitenciaria, con consecuencias directas para la planificación clínica y la continuidad terapéutica (Favril et al., 2024; Fazel et al., 2017). En Europa, los metaanálisis también confirman la coexistencia entre trastornos mentales graves y TUS, con estimaciones agregadas que apuntan a la necesidad de abordajes integrados y sostenidos (Baranyi et al., 2022). En España, distintos trabajos han subrayado el impacto clínico e institucional de esta comorbilidad, así como la conveniencia de evaluaciones sistemáticas que permitan detectarla y ajustar las intervenciones (Casares-López et al., 2011; Torrens et al., 2017).

En el caso español, la literatura disponible mantiene un patrón convergente. Vicens et al. (2011), en un estudio epidemiológico multicéntrico, describieron una alta prevalencia de trastorno mental a lo largo de la vida y una comorbilidad relevante. En una muestra reclutada al final de condena, resultados posteriores siguen señalando niveles clínicamente significativos de trastornos mentales y una historia frecuente de TUS. Además, se han observado asociaciones entre comorbilidad y variables vinculadas a la trayectoria delictiva, incluida la reincidencia (Pagerols et al., 2023). En conjunto, esta evidencia refuerza la necesidad de modelos clínicos sensibles a la comorbilidad y al riesgo acumulado, junto con una organización asistencial capaz de sostener intervenciones estructuradas.

Cabe señalar que en este estudio empleamos el término *diagnóstico dual* para referirnos a la coocurrencia entre un trastorno por uso de sustancias (TUS) y otro trastorno mental. Se adopta esta denominación por su uso extendido en la literatura internacional (*dual diagnosis*) y para evitar tratar la comorbilidad como una entidad nosológica independiente. Esta decisión se ajusta a revisiones recientes que recomiendan precisión conceptual al abordar la comorbilidad en adicciones (Fernández-Artamendi et al., 2024) y es coherente con los marcos diagnósticos actuales, que favorecen formulaciones dimensionales para describir la psicopatología y sus solapamientos (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2019).

Los datos recientes en España indican una elevada exposición previa al consumo de sustancias y niveles clínicamente relevantes de uso durante la estancia en los centros. Según la Encuesta sobre Salud y Drogas en Instituciones Penitenciarias, el 75,1% refirió consumo de alguna droga ilegal en libertad y el 16,8% declaró consumo en los últimos 30 días en el centro (OEDA, 2022). Estas cifras dimensionan el problema y respaldan la necesidad de dispositivos clínicos integrados, junto con protocolos de prevención de recaídas ajustados a las condiciones del medio. En paralelo, la evidencia internacional identifica la transición a la comunidad como un periodo de especial vulnerabilidad para recaídas, morbilidad y mortalidad, lo que sitúa la continuidad asistencial y los puentes terapéuticos con recursos externos como elementos críticos del abordaje (Degenhardt et al., 2014; Macdonald et al., 2024).

Además de esta carga clínica, la literatura identifica necesidades formativas en profesionales penitenciarios para el manejo de la salud mental y las adicciones. Las revisiones sobre programas de educación y capacitación dirigidos a este colectivo describen mejoras en conocimientos, habilidades y actitudes, pero también señalan una notable variabilidad en contenidos y métodos formativos, así como un descenso de los

efectos cuando no se incorporan estrategias de refuerzo y sostenibilidad tras la formación (Darani et al., 2023). En este marco, resulta pertinente examinar intervenciones específicas cuya implementación depende directamente de la capacitación del personal.

Entre las herramientas que requieren una formación estructurada y supervisada destaca la entrevista motivacional (EM). En este caso, la evidencia sugiere que los programas formativos mejoran habilidades, pero que el mantenimiento de estas competencias requiere refuerzos, práctica deliberada y mecanismos de supervisión o retroalimentación estructurada (Schwalbe et al., 2014). En contextos penitenciarios, también se ha descrito la aplicación de la EM por personal del propio centro, con resultados dependientes del diseño y del contexto (Forsberg et al., 2011). Esta cuestión es especialmente relevante en contextos donde la interacción profesional influye de forma directa en la adherencia y la participación en el tratamiento.

En suma, esta tesis se orienta al diseño, implementación y evaluación de una estrategia psicoterapéutica y formativa ajustada al contexto de los centros penitenciarios españoles, con especial atención al diagnóstico dual y al cambio conductual. La propuesta se apoya en evidencia clínica y en guías europeas sobre respuestas sanitarias y sociales a los problemas de drogas en prisión (EMCDDA, 2017; European Parliament & Council of the European Union, 2023).

1.2 Justificación científica e institucional

Esta investigación se fundamenta en la necesidad de responder a la escasez de intervenciones aplicadas ajustadas a la complejidad clínica y organizativa de los centros penitenciarios. La atención eficaz a personas con TUS y con diagnóstico dual exige programas estructurados, sostenidos y adaptados al contexto, con atención específica a la motivación, la prevención de recaídas y la integración de los dispositivos terapéuticos. El

objetivo no es solo describir necesidades, sino aportar diseños operativos que puedan implementarse con validez ecológica y evaluarse con criterios claros y replicables.

En este marco se articulan tres líneas complementarias que estructuran la presente Tesis Doctoral. La primera es la formación del personal penitenciario en entrevista motivacional. Su pertinencia radica en que la EM ha mostrado eficacia en la mejora de procesos vinculados al cambio conductual en diferentes poblaciones, y su aplicación en contextos correccionales se ha vinculado a mejoras en variables de conducta y en procesos terapéuticos, aunque con variabilidad según el diseño y la calidad de implementación (Lundahl & Burke, 2009; McMurrin, 2009). La evidencia sugiere que la capacitación es más robusta cuando incorpora supervisión, práctica deliberada y evaluación de fidelidad (Miller & Rollnick, 2013; Schwalbe et al., 2014).

La segunda línea es la propuesta terapéutica específica para el tratamiento del diagnóstico dual, alineada con la literatura que apoya abordajes integrados y multimodales para población con comorbilidad, particularmente en sistemas cerrados donde la coordinación clínica y la continuidad tras la excarcelación son determinantes de las variables de resultado (Grella & Greenwell, 2007; Sacks et al., 2012).

La tercera línea es el programa de prevención de recaídas (PPR), sustentado en el modelo de Marlatt y Gordon (1985) e integrado con el sistema COM-B y la Behaviour Change Wheel (BCW) o Rueda del Cambio de Conducta para ordenar el diagnóstico conductual y guiar la selección de funciones de intervención y opciones de implementación (Michie et al., 2011).

Estas intervenciones se alinean con el mandato institucional establecido en el artículo 25.2 de la Constitución Española y en la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP), que orientan la acción penitenciaria hacia la reeducación y la reinserción social. Con el fin de dotar al conjunto de la investigación de

una arquitectura común, la Behaviour Change Wheel se emplea como marco integrador para organizar y comparar los tres estudios, sin sustituir los marcos específicos con los que se desarrolló cada intervención.

1.3 El Behaviour Change Wheel -BCW- como eje articulador

En el núcleo de la Behaviour Change Wheel se sitúa el modelo COM-B (Capability, Opportunity, Motivation–Behaviour), que plantea que la conducta depende de la interacción entre la capacidad, la oportunidad y la motivación (Michie et al., 2011, 2013, 2014). La capacidad incluye los recursos físicos y psicológicos necesarios para ejecutar una conducta; la oportunidad alude a los factores externos, físicos y sociales, que la facilitan o la dificultan; y la motivación integra tanto procesos reflexivos, como creencias, intenciones y planificación, como procesos automáticos, entre ellos impulsos, emociones y hábitos. Desde esta perspectiva, el comportamiento no se entiende como una decisión aislada, sino como el resultado de la interacción entre recursos personales y condiciones contextuales.

Sobre esta base, la Behaviour Change Wheel concreta el paso del diagnóstico conductual a la acción mediante nueve funciones de intervención y siete categorías de política, que permiten diseñar, sostener e implementar estrategias de cambio de conducta. Las funciones de intervención y las categorías de política que habitualmente pueden respaldarlas se presentan de forma sintética en la Tabla 1.

Según este marco, las funciones de intervención representan mecanismos generales mediante los cuales puede promoverse el cambio conductual. Algunas se orientan principalmente a ampliar conocimientos y habilidades, como la educación y el entrenamiento. Otras actúan sobre procesos motivacionales, como la persuasión, la incentivación o la coerción. Un tercer grupo interviene sobre las condiciones del entorno y las oportunidades de acción, como la restricción, la reestructuración ambiental y el

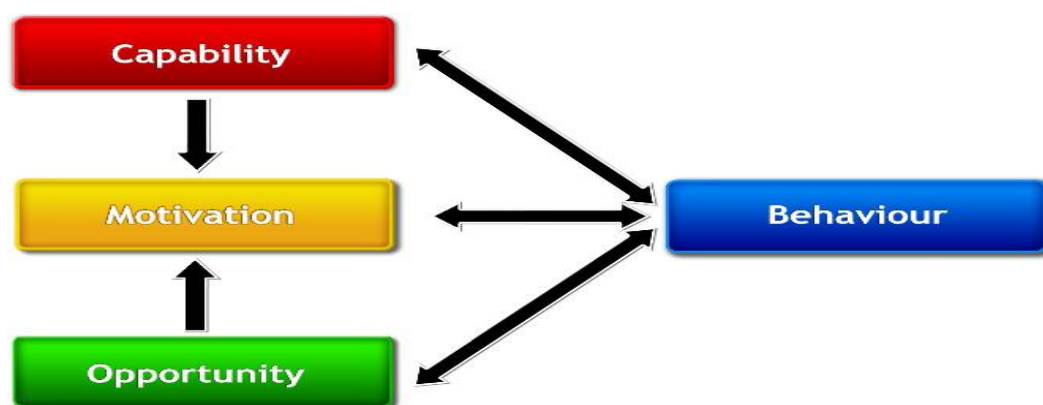
modelado. Finalmente, la habilitación resulta especialmente relevante cuando es necesario reducir barreras que no se resuelven únicamente con información o entrenamiento.

Tabla 1. Funciones de intervención y categorías de política en el BCW

Nº	Función de intervención	Definición breve	Categorías de política que pueden respaldarla
1	Educación	Incrementar el conocimiento o la comprensión	Comunicación/marketing, Directrices o guías, Provisión de servicios
2	Persuasión	Utilizar comunicación para inducir emociones o estimular la acción	Comunicación/marketing, Directrices o guías, Legislación
3	Incentivación	Generar expectativa de recompensa	Medidas fiscales, Regulación, Legislación
4	Coerción	Generar expectativa de coste o sanción	Legislación, Regulación, Medidas fiscales
5	Entrenamiento	Desarrollar habilidades	Provisión de servicios, Directrices o guías, Regulación
6	Restricción	Establecer límites o reglas para reducir la oportunidad de una conducta	Legislación, Regulación
7	Reestructuración ambiental	Modificar el entorno físico o social	Planificación ambiental/social, Provisión de servicios
8	Modelado	Proporcionar ejemplos observables para imitación	Comunicación/marketing, Provisión de servicios
9	Habilitación	Reducir barreras o aumentar medios más allá de la información o las habilidades	Provisión de servicios, Planificación ambiental/social, Directrices o guías

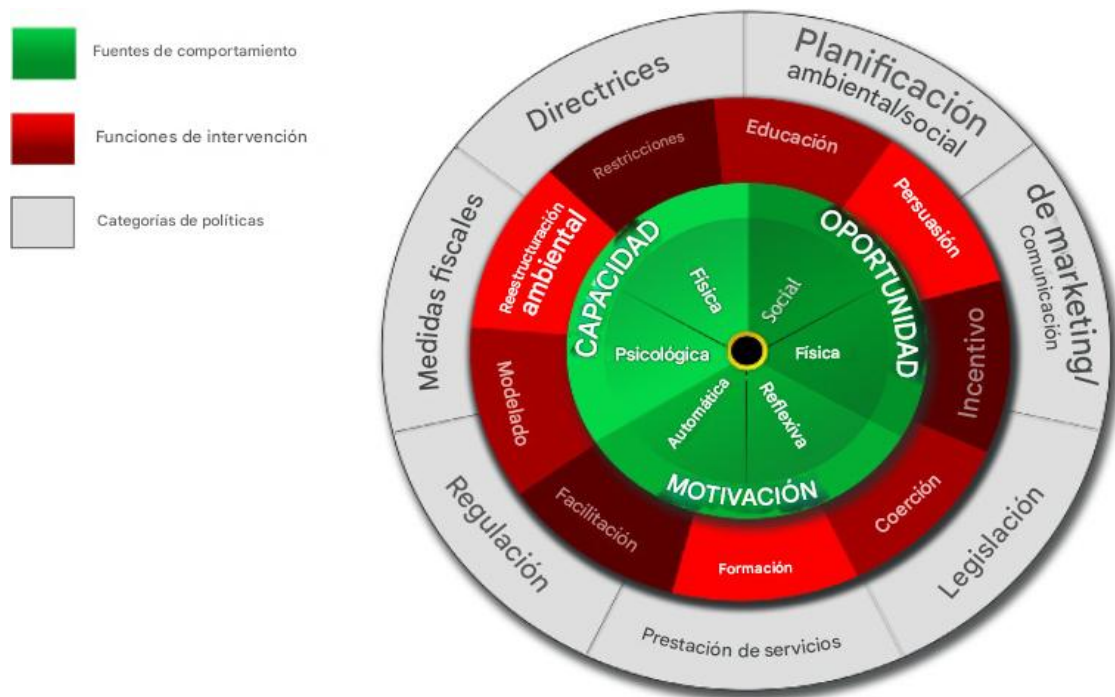
Esta clasificación no debe entenderse como un esquema rígido, sino como una guía para vincular determinantes conductuales con estrategias de intervención plausibles y coherentes.

Figura 1. Sistema COM-B



Fuente: Tomado de Michie et al. (2011)

Figura 2. Rueda del Cambio de Conducta (Behaviour Change Wheel) y sus componentes: fuentes de la conducta, funciones de intervención y categorías de política



Fuente: Adaptado de Michie et al., (2011, 2014).

Las categorías de política especifican, por su parte, las palancas institucionales que pueden respaldar la implantación y sostenibilidad de las intervenciones. La comunicación y el marketing agrupan campañas y materiales orientados a promover conductas. Las directrices o guías formalizan recomendaciones para la toma de decisiones profesionales. Las medidas fiscales introducen incentivos o desincentivos económicos. La regulación establece requisitos administrativos que ordenan procesos y comportamientos. La legislación define el marco legal que permite o limita prácticas. La planificación ambiental o social organiza espacios, recursos y flujos para facilitar conductas. Por último, la provisión de servicios asegura la oferta estable de programas, recursos y dispositivos clínicos o formativos.

Este marco permite comprender y organizar las tres intervenciones con un criterio común. En concreto, el modelo COM-B permite identificar qué componentes de capacidad, oportunidad y motivación se activan en cada intervención, así como las funciones de intervención asociadas dentro de la Behaviour Change Wheel. En esta tesis, su utilidad no reside en haber guiado originariamente el diseño de cada estudio, sino en ofrecer un marco integrador para su lectura conjunta y comparada.

Así, la formación en EM se orienta principalmente al fortalecimiento de la capacidad de intervención del personal penitenciario, al ampliar habilidades de comunicación clínica y reducir prácticas no compatibles, activando funciones de educación, entrenamiento y modelado. No obstante, en la medida en que la formación también contribuye a reducir barreras para la aplicación práctica de estas competencias en la interacción clínica cotidiana, puede considerarse que incorpora parcialmente elementos de habilitación.

Por su parte, la intervención en diagnóstico dual actúa de forma más integral sobre los tres componentes, al combinar recursos clínicos vinculados a la capacidad, condiciones del medio relacionadas con la oportunidad y procesos de cambio asociados a la motivación, en un perfil caracterizado por una mayor complejidad clínica.

En tercer lugar, el programa de prevención de recaídas se dirige prioritariamente a la motivación, tanto reflexiva como automática, y añade oportunidad social al estructurar un espacio grupal estable que favorece el aprendizaje, la regulación conductual y el apoyo entre iguales.

1.4 Aplicación del BCW en las tres intervenciones

Como se ha señalado, la estructura de la tesis se organiza sobre el marco del BCW, identificando para cada intervención los componentes relevantes del COM-B, las

funciones de intervención y las categorías de política que facilitan su implantación (Michie et al., 2011).

En términos operativos, el encuadre BCW/COM-B se utiliza como herramienta de integración retrospectiva. Con ello se identifican determinantes COM-B plausibles a partir de la especificación real de cada intervención, se vinculan con funciones de intervención coherentes y se relacionan con las medidas de resultado presentadas. Este criterio de coherencia interna y comparabilidad se describe en el Capítulo 3 como eje integrador y se aplica de forma comparativa en el Capítulo 7.

1.4.1 Intervención 1: formación en entrevista motivacional

Esta intervención se centra en fortalecer la capacidad de intervención de los profesionales penitenciarios, mediante el desarrollo de habilidades comunicativas, criterios clínicos de interacción y respuestas ajustadas ante la ambivalencia. La formación también refuerza la motivación reflexiva al vincular los principios de la EM con valores profesionales y con los objetivos rehabilitadores del sistema. Concretamente y teniendo en cuenta los marcos propuestos previamente:

- Desde el modelo COM-B, la EM facilita procesos cognitivos y autorregulatorios que fortalecen la motivación reflexiva.
- En términos de funciones de intervención del BCW, se vincula principalmente con educación, entrenamiento y modelado.
- En el plano de las categorías de política, se relaciona con directrices o guías y con provisión de servicios, especialmente en el ámbito formativo.
- Todo ello se concreta en una aportación, como es la propuesta de un programa estructurado y evaluado que mejora competencias relacionales y la calidad de la interacción profesional, en línea con la evidencia disponible en contextos penitenciarios (Forsberg et al., 2011; McMurrin, 2009; Miller & Rollnick, 2013; Schwalbe et al., 2014).

1.4.2 Intervención 2: intervención en diagnóstico dual

La propuesta clínica actúa a su vez sobre los tres componentes del COM-B mediante un dispositivo terapéutico adaptado al perfil de alta complejidad asociado al diagnóstico dual, combinando trabajo grupal e individual breve y un encuadre estable. Más concretamente:

- Desde el modelo COM-B, la intervención favorece la capacidad psicológica y clínica, potencia la oportunidad social y física e incrementa la motivación reflexiva y automática implicadas en el cambio conductual.
- En relación con las funciones de intervención del BCW, la propuesta se apoya principalmente en habilitación, entrenamiento y reestructuración del entorno.
- En el nivel de políticas públicas, se alinea con el desarrollo de guías clínicas, la provisión de servicios terapéuticos y la planificación social y ambiental orientada a facilitar el acceso y la continuidad de la atención.
- En conjunto, la propuesta plantea un abordaje adaptado a la complejidad del diagnóstico dual, coherente con la literatura que muestra mejores resultados cuando se integran intervenciones psicológicas y farmacológicas, junto con continuidad asistencial tras la excarcelación (Sacks et al., 2012).

1.4.3 Intervención 3: programa de prevención de recaídas (PPR)

La intervención se orienta a potenciar los procesos motivacionales, tanto automáticos como reflexivos, de las personas internas con TUS y a mejorar la oportunidad social, mediante un programa grupal estable y con estructura terapéutica definida. El trabajo incluye el reconocimiento de señales de alerta, la regulación emocional y el compromiso con metas de cambio. Más concretamente:

- Desde el modelo COM-B, la intervención refuerza la motivación automática y reflexiva y amplía la oportunidad social necesaria para sostener el cambio conductual.

- En relación con las funciones de intervención del BCW, actúa principalmente a través de persuasión, habilitación y reestructuración del entorno.

- En el nivel de políticas públicas, se vincula con la planificación social o ambiental y con la provisión de servicios terapéuticos que facilitan la implementación de la intervención.

- Como aportación principal, el estudio propone integrar el modelo clásico de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) con el marco COM-B/BCW para orientar la selección de funciones y políticas de intervención (Michie et al., 2011). La evaluación incorpora instrumentos validados para medir motivación para el cambio y riesgo de recaída, como SOCRATES 8D (Miller & Tonigan, 1996) y AWARE (Kelly et al., 2011).

1.5 Originalidad y relevancia de este estudio

Este trabajo plantea una estructura clínica y metodológica integrada, aplicada y evaluada en condiciones reales, orientada a responder a necesidades asistenciales concretas en centros penitenciarios. Las tres intervenciones se ordenan bajo un marco de cambio conductual que se apoya en COM-B/BCW y se complementa con enfoques consolidados para la clínica del cambio, como la entrevista motivacional, el Modelo Transteórico del Cambio y el modelo de Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985; Michie et al., 2011; Miller & Rollnick, 2013; Prochaska & DiClemente, 1983).

En una revisión exploratoria de literatura científica, hasta donde alcanza la búsqueda realizada, no se han identificado en España estudios empíricos publicados que integren de forma explícita estas tres líneas bajo el marco del Behaviour Change Wheel (Michie et al, 2011, 2013, 2014), con una correspondencia documentada entre diagnóstico conductual, selección de funciones de intervención y evaluación dentro de un mismo

marco. Esta afirmación se formula con cautela, puesto que pueden existir iniciativas no publicadas o literatura gris no incluida en nuestra revisión.

En cualquier caso, la propuesta prioriza la validez ecológica y la transferibilidad, y se alinea con recomendaciones europeas que subrayan la necesidad de ofrecer respuestas integradas en centros penitenciarios y de promover la continuidad asistencial al egreso, especialmente en población con consumo de drogas (EMCDDA, 2017).

El valor añadido del proyecto es pragmático: busca soluciones sostenibles y compatibles con las lógicas organizativas del medio. En términos aplicados, se espera que el conjunto contribuya a mejorar la calidad de las interacciones profesionales, a ordenar la gestión del riesgo de recaída y a optimizar las variables de resultado clínicas y conductuales, con atención específica a la comorbilidad (Baranyi et al., 2022; Favril et al., 2024).

1.6 Objetivos e hipótesis

Considerando el contexto institucional descrito, la complejidad clínica asociada al diagnóstico dual y las limitaciones actuales en la formación especializada del personal penitenciario, el objetivo global de esta tesis es desarrollar, implementar y evaluar tres intervenciones específicas en un centro penitenciario español. En conjunto, estos estudios persiguen mejorar las competencias profesionales en entrevista motivacional, ofrecer un abordaje terapéutico adaptado para personas con diagnóstico dual y optimizar la prevención de recaídas en población con TUS.

Para una mayor claridad, en la Tabla 2 se detalla la secuencia, objetivos e hipótesis de los tres estudios.

Tabla 2. Estructura comparativa de las intervenciones, objetivos e hipótesis

Intervención	Objetivo general (OG)	Objetivos específicos (OE)	Hipótesis
Intervención 1: Formación en Entrevista Motivacional	OG1: diseñar, aplicar y evaluar un programa original de formación en EM dirigido a profesionales penitenciarios.	OE1.1: Analizar la evolución en la adherencia a prácticas compatibles con la EM tras cada uno de los tres momentos formativos. OE1.2: Determinar si la formación influye significativamente en la percepción de autoeficacia profesional (competencia percibida). OE1.3: Evaluar la reducción en la utilización de prácticas no compatibles con la EM como consecuencia directa de la formación.	La formación en EM se asociará con: • Incremento de la adherencia a prácticas compatibles. • Reducción del uso de prácticas no compatibles. • Mejora de la competencia percibida.
Intervención 2: Intervención en diagnóstico dual	OG2: Diseñar, aplicar y evaluar una intervención terapéutica para personas con diagnóstico dual, basada en un modelo integrado de trabajo grupal e individual.	OE2.1: Describir y analizar cambios en el consumo de sustancias (autoinformes y análisis cualitativo). OE2.2: Analizar modificaciones en la sintomatología psicopatológica. OE2.3: Examinar la influencia del programa en la convivencia y la reducción de la conflictividad en el módulo de salud mental.	En las personas participantes se observarán cambios en: • Consumo de sustancias. • Sintomatología psicopatológica. • Convivencia y conflictividad, identificados mediante autoinformes y análisis cualitativo.
Intervención 3: Programa de Prevención de Recaídas (PPR)	OG3: Desarrollar, implementar y evaluar un programa original e integrado de prevención de recaídas, basado en la combinación del modelo COM-B/BCW con el modelo de Marlatt y Gordon (1985), en población con TUS.	OE3.1: Evaluar cambios en motivación para el cambio. OE3.2: Evaluar cambios en señales de alerta de recaída. OE3.3: Analizar cambios en estrategias de afrontamiento del estrés y comparar el patrón de respuesta entre módulos (mujeres, unidad terapéutica, salud mental).	La participación en el PPR se asociará con: • Aumento de la motivación para el cambio. • Mejora de la anticipación de recaídas/señales de alerta y un afrontamiento más adaptativo; se considera plausible un mayor efecto en el módulo de mujeres.

2 Capítulo 2. Estado de la cuestión

2.1 Delimitación, propósito y criterio de síntesis

Este capítulo delimita el estado actual de la evidencia relevante para el desarrollo de intervenciones en contextos penitenciarios. El objetivo no es realizar una revisión exhaustiva de toda la literatura, sino seleccionar los trabajos con mayor utilidad para diseñar, implementar e interpretar intervenciones en un contexto caracterizado por limitaciones estructurales, rotación de profesionales y heterogeneidad clínica. En consecuencia, se adopta una revisión orientada a la aplicabilidad y la transferibilidad.

La síntesis se apoya, de forma preferente, en revisiones sistemáticas con metaanálisis y en revisiones sistemáticas de revisiones, que permiten estimar magnitudes de efecto y valorar la consistencia de los hallazgos entre estudios. Para contextualizar la carga de enfermedad y la comorbilidad, se utiliza una revisión reciente de este tipo centrada en morbilidad en población penitenciaria (Favril et al., 2024). Asimismo, para caracterizar la prevalencia de los trastornos por uso de sustancias en el momento del ingreso, incorporando modelización de la heterogeneidad, se recurre al metaanálisis con metarregresión de Fazel et al. (2017).

Para el diseño y la lectura crítica de intervenciones, se incorporan marcos de cambio conductual y de implementación que facilitan traducir necesidades clínicas en componentes operativos. De forma específica, el Behaviour Change Wheel y el modelo COM-B se utilizan como estructura integradora para organizar la evidencia y vincular determinantes del cambio con técnicas e instrumentos de intervención (Michie et al., 2011), y se emplea el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) para estructurar y analizar barreras y facilitadores contextuales relevantes en entornos institucionales (Damschroder et al., 2009).

Dado que la comparabilidad entre programas depende de la precisión con la que se describen sus componentes, la redacción de este trabajo toma como referencia estándares internacionales de descripción de intervenciones. En particular, el checklist TIDieR se utiliza como guía para verificar que la descripción incluye qué se hace, cómo se hace, con qué intensidad y en qué condiciones de entrega, facilitando la replicación y la interpretación de resultados (Hoffmann et al., 2014).

Desde una perspectiva ética y de salud pública, asumimos un principio rector ampliamente consensuado: la respuesta clínica y preventiva en centros penitenciarios tiene implicaciones dentro y fuera de la institución, especialmente durante transiciones y en la continuidad asistencial. Este criterio se apoya en la monografía de la OMS sobre salud en prisiones (Enggist et al., 2014) y en los estándares internacionales para el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias elaborados por UNODC y OMS (UNODC & WHO, 2020).

Con el fin de mantener una síntesis operativa, el capítulo se apoya en un conjunto de fuentes clave por eje, resumidas en la Tabla 3. Como hemos señalado, en dicha síntesis se priorizan revisiones sistemáticas y metaanálisis, junto con trabajos de referencia sobre fidelidad formativa y continuidad asistencial, para situar la magnitud del problema y orientar el diseño y la interpretación de intervenciones aplicadas.

Tabla 3. Mapa de evidencia: ejes, foco y fuentes nucleares

Eje	Foco del estado del arte	Fuentes clave	Brecha que estructura el capítulo
Magnitud y comorbilidad	Carga de enfermedad mental y TUS; heterogeneidad	Favril et al., 2024; Fazel et al., 2017	Comparabilidad limitada por heterogeneidad clínica y metodológica
Formación en EM	Efectividad, fidelidad, mantenimiento de competencias	Schwenker et al., 2023; Schwalbe et al., 2014; Moyers et al., 2016	Transferencia y mantenimiento dependen de refuerzo y

Eje	Foco del estado del arte	Fuentes clave	Brecha que estructura el capítulo
			medidas objetivas de fidelidad
Diagnóstico dual	Abordajes integrados y continuidad en perfiles complejos	Perry et al., 2019; Sacks et al., 2012	Pocos paquetes integrados evaluados en contextos institucionales y con continuidad tras la salida
Prevención de recaídas y continuidad asistencial	Señales tempranas, afrontamiento y continuidad de cuidados	Hendershot et al., 2011; McKay, 2021	Escasez de diseños pragmáticos con seguimiento y sostenibilidad en contexto institucional
Implementación	Barreras/facilitadores y medición de implementación	Damschroder et al., 2009; Proctor et al., 2011	Medición aún irregular de resultados de implementación y escasa evaluación de sostenibilidad

2.2 Magnitud del problema: salud mental, consumo de sustancias y comorbilidad en población interna

La investigación en entornos penitenciarios se justifica por una carga de enfermedad mental y consumo de sustancias superior a la observada en población general, con una comorbilidad que condiciona pronóstico, adherencia y riesgo de recaída.

En una síntesis de metaanálisis a escala internacional, la prevalencia a seis meses en población penitenciaria adulta se sitúa en torno al 11.4% para depresión mayor, 9.8% para TEPT y 3.7% para trastorno psicótico, con variabilidad según sexo y nivel de ingresos del país. En el momento del ingreso en un centro penitenciario, aproximadamente un 23.8% cumple criterios de trastorno por consumo de alcohol y un 38.9% de trastorno por consumo de drogas (Favril et al., 2024). Además, cerca de la mitad de los casos con depresión mayor o trastorno psicótico presenta comorbilidad con trastorno por consumo de sustancias. Este patrón sustenta la necesidad de intervenciones

que integren evaluación clínica, prevención de recaídas y un abordaje coordinado del diagnóstico dual.

En Europa, el marco de análisis y respuesta se actualiza con periodicidad regular a través de la Agencia Europea responsable de estas cuestiones (European Union Drugs Agency [EUDA]). Dicha Agencia sintetiza las tendencias de consumo, los daños, el tratamiento especializado y las intervenciones de reducción de daños. Este marco resulta relevante porque vincula la realidad institucional con prioridades de salud pública, continuidad asistencial y planificación de respuestas basadas en la evidencia, especialmente ante consumo problemático y policonsumo (European Union Drugs Agency [EUDA], 2025).

En España, la encuesta ESDIP 2022 aporta una aproximación directa al consumo reciente dentro del centro penitenciario y permite calibrar la magnitud de la cuestión. Según el informe publicado en 2023 por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), es posible afirmar que, en población penitenciaria, en los últimos 30 días el consumo de tabaco se sitúa en torno a un 74.0%; el consumo de alcohol experimenta una drástica reducción tras el ingreso, con 2.0% de consumo en el centro en el último mes. Por su parte, el consumo de cannabis alcanza una prevalencia global de 11.2% y el empleo de tranquilizantes no recetados se sitúan en torno a un 7.8%, con una tendencia ascendente tal y como permiten vislumbrar las series históricas. Estos datos, por su naturaleza institucional y su cercanía contextual, justifican la necesidad de intervención y de priorizar componentes como la regulación emocional, el manejo del *craving*, la prevención del consumo oportunista y la coordinación clínica (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2023). En la Tabla 4 se ofrecen varios indicadores que nos ayudan a concretar la magnitud del problema.

Tabla 4. Indicadores sintéticos para situar la magnitud del problema

Dominio	Indicador	Estimación resumen	Fuente
Salud mental (prevalencia 6 meses)	Depresión mayor	11.4% (IC 95% 9.9–12.8)	Favril et al., 2024
	TEPT	9.8% (IC 95% 6.8–13.2)	Favril et al., 2024
	Trastorno psicótico	3.7% (IC 95% 3.2–4.1)	Favril et al., 2024
Consumo al ingreso	Trastorno por consumo de alcohol	23.8% (IC 95% 21.0–26.7)	Favril et al., 2024
	Trastorno por consumo de drogas	38.9% (IC 95% 31.5–46.2)	Favril et al., 2024
España (últimos 30 días en centro penitenciario)	Tabaco	74.0%	OEDA, 2023 (ESDIP 2022)
	Alcohol	2.0%	OEDA, 2023 (ESDIP 2022)
	Cannabis	11.2% (prevalencia global)	OEDA, 2023 (ESDIP 2022)
	Tranquilizantes no recetados	7.8%	OEDA, 2023 (ESDIP 2022)

En conjunto, la literatura converge en tres implicaciones directas. Primero, la comorbilidad no es un fenómeno marginal, sino un rasgo estructural de la población interna al ingreso, lo que obliga a integrar prevención de recaídas y abordaje del diagnóstico dual desde la fase de diseño. Segundo, los datos españoles sitúan consumos persistentes dentro del centro, con especial relevancia del tabaco, cannabis y uso no prescrito de psicofármacos, lo que condiciona objetivos realistas y estrategias de manejo de riesgo. Tercero, el marco europeo subraya que la respuesta debe conectarse con continuidad asistencial y estándares de salud pública, lo que incrementa la exigencia metodológica al evaluar programas en condiciones reales.

2.3 Intervenciones en centros penitenciarios, calidad de implementación y brechas de evidencia

A partir de la literatura revisada, pueden sintetizarse las principales intervenciones aplicadas a población penitenciaria con TUS, tal como se recoge en la Tabla 5.

Tabla 5. Intervenciones habituales para TUS en población penitenciaria y nivel de evidencia

Tipo de intervención	Descripción en contexto penitenciario	Nivel de evidencia	Referencias clave
Tratamiento agonista opioide (OAT)	Administración de metadona o buprenorfina durante el ingreso y continuidad postliberación	Muy alto (reducción de mortalidad, recaídas y reincidencia)	World Health Organization; United Nations Office on Drugs and Crime; Marsden et al., 2017
Antagonistas opioides (naltrexona)	Uso oral o depot, especialmente en fases preliberación	Moderado	WHO; UNODC; estudios clínicos sobre prevención de recaídas
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	Intervenciones individuales o grupales centradas en habilidades de afrontamiento y reestructuración cognitiva	Alto (especialmente en reducción de reincidencia)	Lipsey et al., 2007; Pearson et al., 2002
Entrevista Motivacional	Intervención breve para aumentar motivación y adherencia al tratamiento	Moderado–alto	McMurran, 2009; Lundahl et al., 2013
Prevención de recaídas	Identificación de situaciones de riesgo y desarrollo de planes de afrontamiento	Alto en población general; moderado en prisión	Relapse Prevention; Witkiewitz & Marlatt, 2004
Programas integrados para diagnóstico dual	Intervención simultánea en TUS y trastorno mental, combinando tratamiento grupal e individual	Moderado–alto	Drake et al., 2001; UNODC; WHO
Comunidades terapéuticas intrapenitenciarias	Programas residenciales estructurados dentro del centro	Moderado (dependiente de calidad y seguimiento postliberación)	UNODC; revisiones en justicia criminal
Planificación de continuidad asistencial postliberación	Derivación y acompañamiento tras salida de prisión	Muy alto (reducción de mortalidad por sobredosis)	Binswanger et al., 2013; WHO; UNODC

2.3.1 Intervenciones farmacológicas

Desde una perspectiva sanitaria, organismos internacionales como UNODC (2018, 2019) apuestan por intervenciones farmacológicas para el tratamiento de los TUS. Estos organismos defienden que el tratamiento de los TUS puede aplicarse como alternativa a la condena o al castigo penal en determinados casos, especialmente en infracciones relacionadas con el consumo o en delitos de menor gravedad. Se busca equilibrar la respuesta penal con una respuesta sanitaria, así como aplicar medidas proporcionales, reducir el encarcelamiento innecesario y mejorar la salud y la seguridad públicas simultáneamente.

Estas instituciones señalan la prevalencia de TUS en el sistema penal, así como la relación dinámica entre consumo y delincuencia. Plantean que existen intervenciones basadas en evidencia que combinan estrategias farmacológicas y psicosociales, que ofrecen resultados positivos. Defienden que estas intervenciones constituyen también una estrategia eficaz de justicia penal, pues reducen la reincidencia, disminuyen el hacinamiento penitenciario y reducen los costes económicos y sociales del encarcelamiento. También defienden que estas intervenciones son coherentes con el marco jurídico internacional.

Los estándares internacionales para el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias elaborados por UNODC y WHO (2020) amplían esta perspectiva previamente comentada al definir los principios técnicos, éticos y organizativos que deben regir los sistemas de tratamiento, tanto en comunidad como en prisión. Dichos estándares subrayan la equivalencia de atención dentro y fuera del medio penitenciario, la necesidad de intervenciones basadas en evidencia, el respeto a los derechos humanos y la continuidad asistencial tras la liberación. En conjunto, ambos documentos configuran un marco coherente que articula salud pública y justicia penal, legitimando modelos de intervención

integrados, estructurados y evaluables en población penitenciaria con TUS y diagnóstico dual.

Más allá de las recomendaciones de organismos internacionales, existe una sólida evidencia empírica sobre la eficacia del tratamiento agonista de opioides (OAT). Este tratamiento, basado fundamentalmente en la administración de metadona o buprenorfina, constituye una de las intervenciones con mayor respaldo científico para personas con trastorno por uso de opioides en contextos penitenciarios. La evidencia más consistente se refiere a su efecto protector frente a la mortalidad, especialmente durante el periodo inmediatamente posterior a la liberación. Un metaanálisis reciente muestra que el OAT aplicado durante el encarcelamiento se asocia con una reducción sustancial del riesgo de muerte tanto en prisión como en las primeras semanas tras la excarcelación, un periodo caracterizado por un elevado riesgo de sobredosis (Macdonald et al., 2024). Estos resultados refuerzan el papel del OAT no solo como intervención clínica, sino también como una medida prioritaria de salud pública en contextos de privación de libertad.

En relación con el consumo de sustancias, la revisión sistemática de Hedrich et al. (2011) concluyó que el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides en prisión reduce significativamente el consumo ilícito de heroína durante el encarcelamiento y favorece la continuidad del tratamiento tras la liberación. Asimismo, los estudios incluidos mostraron una reducción en conductas de riesgo asociadas al uso inyectado, como el intercambio de jeringuillas, aunque la evidencia directa sobre la reducción de incidencia de VIH o hepatitis C resulta más limitada. En conjunto, estos resultados apoyan que el OAT contribuye a reducir daños individuales y comunitarios asociados al consumo de opioides en entornos penitenciarios.

Otra ventaja relevante del OAT es su capacidad para mejorar la vinculación y retención en tratamiento tras la liberación. La iniciación o mantenimiento del tratamiento

durante el encarcelamiento incrementa la probabilidad de continuidad asistencial en la comunidad, lo que a su vez se asocia con menor riesgo de recaída y mortalidad (Hedrich et al., 2011; Macdonald et al., 2024). Desde esta perspectiva, la eficacia del OAT depende no solo de su administración intramuros, sino también de la existencia de mecanismos estructurados de transición y coordinación interinstitucional.

No obstante, la evidencia sobre el impacto del OAT en la reducción de la reincidencia penal es menos consistente. Aunque algunos estudios sugieren una posible disminución de la reentrada en prisión, los resultados son heterogéneos y no permiten afirmar un efecto criminológico directo sólido (Hedrich et al., 2011). Esto indica que, si bien el OAT reduce riesgos sanitarios y conductas relacionadas con el consumo, no sustituye intervenciones psicosociales más amplias orientadas a factores criminógenos.

Finalmente, diversos estudios han señalado limitaciones estructurales en la implementación del OAT en prisión. Investigaciones cualitativas recientes muestran la existencia de listas de espera, dificultades de acceso, interrupciones del tratamiento y experiencias percibidas como estigmatizantes o poco adaptadas a las necesidades individuales (Russell et al., 2022). Estas barreras organizativas pueden reducir la efectividad real del tratamiento, incluso cuando la evidencia clínica respalda su utilidad. Asimismo, la literatura destaca la escasez de estudios en determinados subgrupos, como mujeres o personas con diagnóstico dual, así como la predominancia de diseños observacionales en la base empírica disponible (MacDonald et al., 2024). En síntesis, el tratamiento agonista de opioides en prisión presenta un sólido respaldo en términos de reducción de mortalidad y consumo ilícito, con beneficios claros cuando existe continuidad asistencial tras la liberación. Sin embargo, su impacto sobre la reincidencia es menos concluyente y su eficacia depende críticamente de condiciones estructurales de implementación, coordinación y acceso equitativo al tratamiento.

2.3.2 Intervenciones desde el marco cognitivo-conductual

La evidencia acumulada procedente de revisiones sistemáticas y metaanálisis indica de forma consistente que los programas cognitivo-conductuales (CBT) constituyen una de las intervenciones más eficaces para la reducción de la reincidencia en población infractora adulta y juvenil. En la revisión sistemática desarrollada bajo los estándares de la Campbell Collaboration, Lipsey et al. (2007) concluyeron que la CBT produce una reducción significativa de la reincidencia en comparación con condiciones de control, mostrando efectos positivos consistentes a través de distintos diseños metodológicos. En la misma línea, el metaanálisis previo de Landenberger y Lipsey (2005) confirmó que, en promedio, los programas CBT reducen la reincidencia entre un 20% y un 30%, con tamaños del efecto estadísticamente significativos. Un aspecto especialmente relevante es que la magnitud del efecto varía en función de determinadas variables moderadoras. Los estudios muestran que los mayores efectos se obtienen cuando la intervención se aplica a infractores de mayor riesgo, cuando la implementación presenta alta fidelidad al modelo teórico y cuando los profesionales cuentan con formación específica en CBT (Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey et al., 2007). Asimismo, la calidad metodológica del estudio influye en la estimación del efecto, aunque los hallazgos positivos se mantienen incluso en diseños más rigurosos.

El análisis de moderadores realizado por Landenberger y Lipsey (2005) mostró que los programas que incluyen componentes explícitos de control de la ira y resolución de problemas interpersonales se asocian con mayores reducciones de la reincidencia. Por el contrario, los programas centrados exclusivamente en la sensibilización sobre el impacto en la víctima o aquellos que incorporan elementos predominantemente conductuales, sin un componente cognitivo claro, presentan efectos menos consistentes. Además, no se observaron diferencias sistemáticas entre programas específicos —como

Reasoning and Rehabilitation o *Moral Reconation Therapy*— una vez controladas variables relacionadas con la implementación y con las características de los participantes (Landenberger & Lipsey, 2005). En conjunto, estos resultados sugieren que la eficacia depende menos del nombre o del tipo de programa que de la calidad de su implementación y de su adecuación al perfil del infractor.

En relación con los TUS los estudios incluidos en estas revisiones no se centraron específicamente en población con TUS como criterio de inclusión principal. De hecho, los protocolos de inclusión excluyen muestras seleccionadas exclusivamente por tipo de delito —por ejemplo, infractores por drogas— y se centran en poblaciones generales de infractores (Lipsey & Landenberger, 2006). Por tanto, no puede afirmarse que estos estudios aporten un análisis específico de la eficacia de la CBT en población con TUS como diagnóstico primario. Así pues, el TUS puede estar presente en parte de las muestras generales, pero no se analiza como variable diferenciadora. En consecuencia, tampoco se reportan efectos diferenciados de CBT sobre consumo de sustancias ni sobre recaída en uso de drogas como variable independiente.

Este aspecto constituye una laguna relevante, especialmente si se considera la elevada prevalencia de trastornos por uso de sustancias en población penitenciaria. Los resultados disponibles se refieren fundamentalmente a reincidencia delictiva, y no a consumo de sustancias ni a indicadores clínicos de adicción. A esta limitación se añade la heterogeneidad en la implementación de los programas, particularmente cuando se aplican en contextos rutinarios frente a contextos de investigación (Landenberger & Lipsey, 2005). También se observa una notable variabilidad en la definición operativa de la reincidencia o la recaída, que puede medirse mediante indicadores como rearresto, recondena o reingreso en prisión. A ello se suma la escasa evaluación de efectos a muy largo plazo y la ausencia de análisis específicos en subgrupos clínicos, incluido el

diagnóstico dual. En conjunto, destaca además la falta de estudios que evalúen directamente resultados relacionados con el consumo de sustancias.

En consecuencia, aunque puede afirmarse que la CBT reduce la reincidencia en población infractora general, la evidencia disponible no permite concluir que sea eficaz específicamente para el tratamiento de los TUS en contexto penitenciario. En la mayoría de los casos, esta relación se infiere de forma indirecta a partir de modelos de prevención de recaídas adaptados, especialmente de aquellos que incorporan componentes cognitivos orientados a la gestión del riesgo.

En suma, la literatura revisada muestra que la CBT es una de las intervenciones con mayor respaldo empírico para reducir la reincidencia en infractores adultos y juveniles, especialmente cuando se aplica con alta fidelidad y en perfiles de mayor riesgo. No obstante, su eficacia específica en población con TUS o en muestras seleccionadas por delitos relacionados con drogas sigue siendo una laguna relevante para los contextos penitenciarios con alta comorbilidad.

2.3.3 *Intervenciones basadas en la entrevista motivacional*

La evidencia disponible indica que la EM constituye una estrategia prometedora para mejorar la participación en el tratamiento y algunos resultados de intervención en población vinculada al sistema de justicia. El metaanálisis más reciente de Pinto e Silva et al. (2025), que incluyó 22 estudios con personas condenadas a medidas privativas y no privativas de libertad, encontró que las intervenciones que incorporan EM se asocian con un incremento significativo en la asistencia a sesiones y una reducción del abandono del tratamiento en comparación con intervenciones sin componentes motivacionales. Además, los resultados mostraron una reducción estadísticamente significativa en la

reincidencia oficial a favor de las intervenciones que incluían EM, lo que sugiere un impacto relevante en resultados conductuales objetivos.

Estos hallazgos son coherentes con la revisión sistemática previa de McMurran (2009), que identificó mejoras en retención en tratamiento, aumento de la motivación para el cambio y, en algunos estudios, reducción de la reincidencia. No obstante, dicha revisión ya señalaba heterogeneidad metodológica y resultados variables según el tipo de delito y la población analizada.

En cuanto a la eficacia en relación con el TUS, la evidencia es más matizada. La revisión de McMurran (2009) mostró que la EM se ha evaluado principalmente en infractores con problemas de abuso de sustancias, encontrándose resultados prometedores en términos de retención en tratamiento y mejora de la disposición al cambio. Sin embargo, los resultados sobre reducción directa del consumo fueron inconsistentes: algunos estudios informaron descensos significativos en consumo de alcohol o drogas, mientras que otros no encontraron diferencias claras respecto a intervenciones comparativas.

El metaanálisis de Pinto e Silva et al. (2025) incluyó estudios con personas condenadas por delitos relacionados con drogas, aunque el objetivo principal no fue analizar específicamente resultados clínicos sobre consumo de sustancias, sino indicadores de participación y reincidencia. Por tanto, aunque la EM muestra efectos positivos en variables motivacionales y de adherencia en población con TUS, la evidencia cuantitativa robusta sobre reducción sostenida del consumo en contextos penitenciarios sigue siendo limitada.

Este aspecto constituye una laguna relevante, especialmente si se considera la elevada prevalencia de TUS en población penitenciaria. La mayoría de los estudios

revisados evalúan variables intermedias —como motivación, asistencia o implicación en el tratamiento— más que resultados clínicos longitudinales, como abstinencia sostenida, recaída documentada o indicadores biológicos de consumo.

De la literatura revisada se desprende que entre las principales ventajas de la EM en contextos de justicia destacan la reducción del abandono del tratamiento, observada en distintos tipos de delito (Pinto e Silva et al., 2025); el incremento de la motivación para el cambio, especialmente en personas con baja disposición inicial (McMurran, 2009); y una mejor adecuación al principio de responsividad del modelo RNR (Risk–Need–Responsivity) (Polaschek, 2012; Taxman & Thanner, 2006; Ward et al., 2006), al centrarse en la motivación intrínseca y la resolución de ambivalencia. El modelo RNR sostiene que la reincidencia se reduce ajustando la intensidad del tratamiento al riesgo, interviniendo sobre necesidades criminógenas dinámicas y aplicando la intervención de manera responsiva a las características del infractor.

La EM ha mostrado una mayor efectividad en fases tempranas del cambio y en personas resistentes, como señalan varios estudios incluidos en el metaanálisis reciente. En población con TUS, la EM parece particularmente útil como intervención previa o complementaria a tratamientos estructurados (p. ej., CBT o programas de prevención de recaídas), facilitando la adherencia más que produciendo cambios conductuales autónomos.

Pese a los resultados favorables, la literatura presenta varias limitaciones, relacionadas con la heterogeneidad en los diseños y calidad metodológica, con presencia de estudios cuasi-experimentales y muestras pequeñas (McMurran, 2009). Además, en estos estudios predominan las muestras masculinas, especialmente en estudios sobre violencia de pareja. Por otro lado, existe una escasa diferenciación por diagnóstico clínico, incluyendo TUS o diagnóstico dual. Al mismo tiempo, existe una falta de

seguimiento longitudinal prolongado para evaluar el mantenimiento de los cambios, así como resultados inconsistentes en la reducción del consumo de sustancias, particularmente en comparación con intervenciones estructuradas más intensivas. Asimismo, McMurran (2009) subrayó la necesidad de articular con mayor claridad una teoría del cambio que permita formular hipótesis contrastables sobre los mecanismos específicos mediante los cuales la EM produce efectos en población infractora. En conjunto, la entrevista motivacional en población vinculada al sistema de justicia presenta evidencia sólida en términos de mejora de implicación en el tratamiento y reducción de abandono, así como efectos favorables en reincidencia oficial cuando se integra en programas estructurados (Pinto e Silva et al., 2025). En relación con el TUS, los resultados sugieren beneficios en motivación y retención en tratamiento, pero la evidencia sobre reducción sostenida del consumo o prevención de recaídas es menos concluyente (McMurran, 2009). Por tanto, la EM puede considerarse una intervención de alto valor como estrategia de responsividad y facilitación del cambio en población con TUS en prisión, aunque no sustituye tratamientos clínicos estructurados específicos para la adicción. Persisten lagunas en la evaluación diferenciada por diagnóstico, en mujeres y en poblaciones con diagnóstico dual, así como en el análisis de resultados clínicos longitudinales.

2.3.4 Programas integrados para diagnóstico dual en contextos penitenciarios

Los programas integrados para diagnóstico dual surgen como respuesta a la elevada prevalencia de comorbilidad entre trastornos mentales graves y TUS, así como a los pobres resultados asociados a los modelos tradicionales de atención paralela. La literatura ha mostrado que cuando los servicios de salud mental y adicciones operan de forma separada, con equipos distintos y planes terapéuticos no coordinados, se incrementan las tasas de abandono, recaída y descompensación clínica. Frente a este

enfoque fragmentado, el tratamiento integrado propone que un único equipo profesional aborde simultáneamente ambos trastornos mediante un plan terapéutico unificado, coherente y longitudinal (Drake et al., 1998). Los modelos integrados con mayor respaldo empírico se caracterizan por una intervención continuada en el tiempo, con orientación comunitaria, uso de estrategias motivacionales adaptadas al estadio de cambio y una actitud no confrontativa. Componentes como la gestión intensiva de casos (case management), la intervención comunitaria asertiva (assertive outreach) y la reducción de daños como objetivo inicial se asocian con mayores niveles de retención en tratamiento y una mayor estabilidad clínica. En cambio, los programas breves e intensivos de tipo residencial, especialmente cuando se centran exclusivamente en la abstinencia sin atender a la sintomatología psiquiátrica, presentan tasas más elevadas de abandono y resultados menos consistentes a largo plazo (Drake et al., 1998).

En el contexto de justicia penal, la necesidad de intervención integrada es aún más evidente, dado que las personas con diagnóstico dual presentan mayor riesgo de reincidencia, mayor inestabilidad social y una mayor probabilidad de reingreso en un centro penitenciario. Peters et al. (2015) señalan que la comorbilidad es frecuente en población penitenciaria y que los sistemas tradicionales de tratamiento intramuros suelen ser insuficientes o fragmentados. Los programas que combinan tratamiento clínico estructurado con mecanismos de supervisión y coordinación con recursos comunitarios muestran resultados más prometedores, especialmente cuando garantizan continuidad asistencial tras la liberación.

No obstante, aunque los programas integrados evidencian mejoras en retención, estabilidad clínica y reducción progresiva del consumo, los resultados sobre remisión sostenida a largo plazo o reducción robusta de la reincidencia son menos consistentes. La eficacia depende en gran medida de la fidelidad de implementación, de la intensidad del

acompañamiento y de la existencia de una red comunitaria de apoyo. En ausencia de continuidad y coordinación interinstitucional, los beneficios tienden a diluirse.

En síntesis, la evidencia disponible indica que los modelos integrados constituyen la estrategia más coherente y prometedora para el abordaje del diagnóstico dual, especialmente en contextos de justicia penal. Su eficacia no reside en intervenciones breves o aisladas, sino en un enfoque longitudinal, coordinado y adaptado al perfil clínico y motivacional de la persona. Sin embargo, persisten lagunas en la evaluación de resultados a largo plazo y en la identificación de los componentes específicos que explican el cambio sostenido.

2.3.5 Programas de prevención de recaídas en población penitenciaria

La prevención de recaídas desarrollada por Marlatt y Gordon (1985), constituye un modelo cognitivo-conductual que conceptualiza la recaída no como un evento dicotómico (éxito vs. fracaso), sino como un proceso dinámico y progresivo que comienza antes del consumo y continúa tras el primer uso. Este enfoque supuso un cambio conceptual relevante en el tratamiento de las adicciones, al desplazar la atención desde el resultado final hacia la secuencia de eventos cognitivos, emocionales y conductuales que preceden y siguen al consumo (Larimer et al., 1999).

El modelo clásico identifica dos grandes categorías de determinantes de la recaída: los determinantes inmediatos y los antecedentes encubiertos. Entre los determinantes inmediatos destacan las situaciones de alto riesgo, la disponibilidad o ausencia de habilidades de afrontamiento, las expectativas positivas sobre los efectos de la sustancia y el denominado efecto de violación de la abstinencia (abstinence violation effect). Según este planteamiento, cuando una persona se enfrenta a una situación de alto riesgo y carece de estrategias de afrontamiento eficaces, disminuye su autoeficacia y aumentan las

expectativas positivas sobre el consumo, lo que favorece la probabilidad de una primera transgresión o lapsus. La interpretación que la persona haga de ese lapsus resulta crítica: si lo atribuye a un fracaso personal global e incontrolable, aumenta el riesgo de progresión hacia una recaída completa (Larimer et al., 1999). Los antecedentes encubiertos incluyen factores como el desequilibrio en el estilo de vida, el estrés acumulado, la racionalización, las decisiones aparentemente irrelevantes y los estados de deseo o craving. Estos factores incrementan la vulnerabilidad a la recaída al aumentar la exposición a situaciones de riesgo o disminuir la motivación para resistir el consumo.

El modelo subraya que muchas recaídas no son impulsivas, sino el resultado de una cadena de pequeñas decisiones que acercan progresivamente a la persona a contextos de alto riesgo (Larimer et al., 1999). En términos de eficacia, la evidencia empírica indica que la RP es superior a la ausencia de tratamiento y comparable a otros tratamientos activos en la mejora de resultados en consumo de alcohol y otras sustancias. Los metaanálisis revisados por Witkiewitz y Marlatt (2004) muestran efectos positivos en reducción de consumo y ajuste psicosocial, especialmente en problemas relacionados con alcohol. Asimismo, algunos estudios han identificado un “efecto de emergencia tardía”, según el cual los beneficios de la RP pueden hacerse más evidentes a largo plazo, en comparación con tratamientos que muestran mejoras más inmediatas, pero menos sostenidas (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Un desarrollo relevante posterior ha sido la reconceptualización del modelo hacia una perspectiva más dinámica y sistémica. Witkiewitz y Marlatt (2004) proponen entender la recaída como el resultado de la interacción no lineal entre factores distales (p. ej., historia de consumo, apoyo social, comorbilidad) y factores proximales o situacionales (p. ej., variaciones momentáneas en autoeficacia, afecto negativo, craving). Esta reformulación supera la crítica de excesiva jerarquización de factores y enfatiza la naturaleza compleja y autorregulada del proceso

de recaída. No obstante, el modelo también presenta limitaciones. Diversas críticas han señalado problemas en la validez predictiva de algunas categorías de alto riesgo, así como la dificultad para operacionalizar constructos como craving o autoeficacia en contextos naturales. Además, aunque la RP ha mostrado eficacia moderada, no garantiza remisión sostenida y su efectividad depende de la calidad de implementación, la adaptación individual y la integración con otros componentes terapéuticos. Finalmente, la evidencia es más sólida en alcohol que en otras sustancias, lo que sugiere la necesidad de ajustes específicos según el perfil de consumo (Witkiewitz & Marlatt, 2004). En síntesis, la prevención de recaídas constituye un modelo cognitivo-conductual ampliamente respaldado que conceptualiza la recaída como un proceso dinámico influido por factores situacionales, cognitivos y contextuales. Su principal fortaleza radica en ofrecer un marco estructurado para identificar riesgos y entrenar habilidades de afrontamiento; su principal desafío consiste en capturar la complejidad real del proceso de recaída y adaptarlo a distintos perfiles clínicos y contextos, incluidos los entornos penitenciarios y el diagnóstico dual.

2.3.6 *Calidad de implementación y otras intervenciones*

Más allá de la eficacia específica de cada intervención, la literatura revisada muestra que su impacto en contextos penitenciarios depende de condiciones transversales de implementación, continuidad asistencial y sostenibilidad organizativa.

La evidencia sobre formación en entrevista motivacional converge en que los talleres aislados pueden producir mejoras iniciales, pero tienden a atenuarse si no se incorporan mecanismos de práctica deliberada y retroalimentación estructurada. En estudios de formación, la variabilidad del efecto se asocia con condiciones del profesional y del contexto de implementación, lo que refuerza la necesidad de diseñar estrategias de

mantenimiento y soporte organizativo (Baer et al., 2009; Barwick et al., 2012; Schwalbe et al., 2014).

La evidencia penitenciaria es especialmente vulnerable a dos sesgos: sobreestimar efectos por diseños pequeños y subestimar el papel del contexto por falta de medición de implementación. Metaanálisis recientes sobre intervenciones psicológicas en centros penitenciarios han descrito efectos globales modestos pero consistentes sobre reincidencia, con heterogeneidad sustancial y calidad variable del diseño, lo que obliga a interpretar resultados con cautela y a exigir mayor precisión en fidelidad y comparabilidad de programas (Beaudry et al., 2021).

Para reducir esa brecha, la literatura de implementación ofrece dos aportes útiles. El CFIR permite estructurar los determinantes del éxito (características de la intervención, contexto interno/externo, individuos implicados y proceso), y el marco de resultados de implementación de Proctor operacionaliza variables como aceptabilidad, adopción, fidelidad y sostenibilidad, que en entornos penitenciarios son tanto o más críticas que la significación estadística (Damschroder et al., 2009; Proctor et al., 2011). En términos prácticos, esto implica que un estado del arte de alto nivel no solo enumera intervenciones, sino que identifica qué intervenciones son plausibles de sostener y qué condiciones mínimas requiere su escalabilidad.

Desde el marco BCW/COM-B se observa un patrón recurrente. Las intervenciones eficaces tienden a aumentar la capacidad (habilidades de afrontamiento, autorregulación o competencias profesionales), a modificar la oportunidad (estructuras organizativas, accesos, rutinas y apoyos) y a sostener la motivación (razones para el cambio, expectativas y autoeficacia). Sin embargo, en el contexto penitenciario la oportunidad suele constituir el principal factor limitante. Este patrón ayuda a explicar por

qué programas clínicamente razonables pueden mostrar resultados modestos cuando no incorporan entrenamiento práctico, supervisión y mecanismos de mantenimiento.

En este apartado se incluyen otras intervenciones recogidas en la Tabla 5, con una base empírica más limitada en la población de interés.

Por ejemplo, las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias (CT) constituyen intervenciones residenciales estructuradas que combinan tratamiento grupal intensivo, normas comunitarias explícitas y un enfoque basado en el aprendizaje social, con el objetivo de modificar patrones cognitivos y conductuales asociados al consumo y la conducta delictiva. La evidencia disponible sugiere que las CT pueden producir reducciones significativas en consumo de sustancias y reincidencia, especialmente cuando el programa tiene una duración suficiente y se complementa con continuidad asistencial tras la liberación (Mitchell et al., 2012; Wexler et al., 1999). En un metaanálisis sobre intervenciones para drogas en población penitenciaria, Mitchell et al. (2012) observaron efectos favorables de las comunidades terapéuticas en comparación con tratamiento estándar, aunque con tamaños del efecto moderados y heterogeneidad considerable entre estudios. Asimismo, Wexler et al. (1999) encontraron que los participantes que completaban programas de CT con seguimiento comunitario presentaban menores tasas de reincidencia que los grupos de comparación. No obstante, la efectividad de estas intervenciones depende en gran medida de la fidelidad de implementación, la duración del tratamiento y la existencia de programas de continuidad postliberación, y la evidencia específica en población con diagnóstico dual sigue siendo limitada. En consecuencia, las comunidades terapéuticas pueden considerarse intervenciones con evidencia moderada en contextos penitenciarios, particularmente eficaces cuando se integran dentro de un continuum asistencial estructurado.

Por lo que respecta a la planificación de continuidad asistencial postliberación, la evidencia disponible confirma que el periodo inmediatamente posterior a la excarcelación constituye una fase de riesgo sanitario crítico, especialmente en relación con sobredosis por opioides y descompensación clínica. En un amplio estudio de cohorte en el estado de Washington, Binswanger et al. (2013) documentaron una tasa de mortalidad por sobredosis de 167 por 100.000 personas-año tras la liberación, siendo la sobredosis la principal causa de muerte y observándose un riesgo especialmente elevado en las primeras semanas tras la salida de prisión. Los autores subrayan que la reducción de tolerancia tras periodos de abstinencia forzada en prisión constituye un mecanismo central del incremento de riesgo, lo que refuerza la necesidad de intervenciones estructuradas antes y después de la liberación.

Resultados más recientes confirman este patrón. En un estudio poblacional con datos administrativos vinculados en Oregón, Hartung et al. (2023) estimaron una tasa global de sobredosis opioide de 1085,7 por 100.000 personas-año tras la liberación, duplicándose en las dos primeras semanas (2286,7 por 100.000 personas-año). El riesgo fue significativamente mayor en personas con necesidad de tratamiento por trastorno por uso de sustancias y en aquellas con necesidades de salud mental, lo que subraya la importancia de estrategias de transición que integren tratamiento de TUS y atención psiquiátrica.

Desde el punto de vista organizativo, la planificación estructurada del alta demuestra efectos concretos en la vinculación a servicios sanitarios comunitarios. En el estudio ACCESS realizado en la cárcel del condado de San Francisco, Wang et al. (2008) observaron que las personas con VIH que recibieron planificación del alta eran seis veces más propensas a identificar una fuente regular de atención tras la liberación en comparación con personas con otras enfermedades crónicas sin este servicio. Este

hallazgo sugiere que la coordinación formal con servicios comunitarios mejora de manera sustancial la continuidad asistencial y puede reducir discontinuidades que favorecen recaídas o complicaciones médicas.

Además, intervenciones farmacológicas iniciadas en el momento de la liberación muestran resultados prometedores como componente de la continuidad asistencial. Springer et al. (2010) documentaron que la introducción de buprenorfina/naloxona en personas con VIH y dependencia opioide al momento de la salida de prisión se asoció con alta retención en tratamiento (74% a las 12 semanas), reducción significativa del craving y mantenimiento de resultados virológicos estables. Estos datos respaldan la incorporación de tratamiento agonista opioide como parte de la planificación transicional.

En conjunto, la evidencia converge en tres conclusiones: (1) el periodo postliberación inmediata concentra un riesgo desproporcionado de sobredosis y muerte; (2) las personas con TUS y comorbilidad psiquiátrica presentan un perfil de vulnerabilidad especialmente elevado; y (3) la planificación estructurada del alta — incluyendo coordinación con servicios comunitarios, vinculación activa a tratamiento y, cuando procede, inicio o mantenimiento de tratamiento agonista opioide— constituye una estrategia basada en evidencia para mitigar dicho riesgo.

A pesar de la existencia de intervenciones con evidencia robusta en prisión (particularmente el tratamiento agonista de opioides y la planificación de continuidad asistencial postliberación), una parte sustancial de la efectividad real de estas estrategias depende de variables transversales de implementación y de respuesta conductual que no quedan resueltas por la intervención en sí misma. En población penitenciaria con TUS (y, con frecuencia, con comorbilidad psiquiátrica), el acceso al tratamiento, la adherencia, la retención y la participación activa suelen verse comprometidos por ambivalencia, desconfianza institucional, baja autoeficacia y experiencias previas de intervención

percibidas como coercitivas o poco ajustadas. Desde esta perspectiva, la EM constituye una estrategia particularmente pertinente porque actúa sobre un factor limitante común a múltiples programas: la motivación para el cambio y la disposición a implicarse de forma sostenida en procesos terapéuticos. Además, la EM se alinea con el principio de responsividad del modelo RNR al adaptar el estilo de intervención a las características del usuario (p. ej., resistencia, estadio de cambio, comorbilidad), y ha mostrado beneficios consistentes en variables de implicación terapéutica (engagement) y reducción de abandono en contextos de justicia, incluso cuando los efectos sobre consumo directo son más modestos o heterogéneos (McMurran, 2009; Pinto e Silva et al., 2025). En consecuencia, esta tesis doctoral se centra en la EM no como alternativa excluyente a intervenciones farmacológicas o cognitivo-conductuales, sino como componente estratégico de alto valor para incrementar la aceptabilidad, la adherencia y la efectividad implementada de los programas dirigidos a población penitenciaria con TUS, especialmente en escenarios donde la calidad de implementación y la sostenibilidad constituyen brechas recurrentes (Damschroder et al., 2009; Proctor et al., 2011).

2.4 Formación de profesionales penitenciarios en entrevista

motivacional: evidencia, límites y necesidades

La EM es un enfoque colaborativo y directivo orientado a explorar y resolver la ambivalencia y a evocar lenguaje de cambio, con amplia evidencia en el ámbito de las adicciones. Sin embargo, se ha señalado que la amplia diseminación de la entrevista motivacional no garantiza, por sí sola, cambios sostenidos en la práctica habitual, especialmente cuando no existe un plan explícito de consolidación y seguimiento. Este matiz es relevante en entornos de alta presión operativa, donde la transferencia depende de condiciones organizativas y apoyo postformación (Baer et al., 2009; Hall et al., 2016a).

En términos globales, una revisión Cochrane reciente concluye que la EM puede reducir el consumo frente a no intervención a corto plazo y producir reducciones pequeñas frente a evaluación y feedback, mientras que frente a tratamiento habitual u otras intervenciones activas los efectos tienden a ser pequeños o nulos, con variación por poblaciones y comparadores (Schwenker et al., 2023). Esta lectura es especialmente relevante en centros penitenciarios: si el comparador ya incluye componentes activos, la EM no debe plantearse como “sustituto”, sino como una tecnología clínica de mejora del contacto terapéutico, útil para aumentar la adherencia y facilitar transiciones hacia intervenciones estructuradas. La segunda capa de evidencia, decisiva para el eje formativo, es la relativa al entrenamiento. Metaanálisis sobre formación en EM muestran un patrón robusto: los talleres por sí solos mejoran conocimientos y algunas habilidades, pero la competencia clínica observable y su mantenimiento dependen de feedback, supervisión y práctica deliberada. Sin estos componentes, las habilidades tienden a decaer con el tiempo (Schwalbe et al., 2014). Este hallazgo es operativo para el ámbito penitenciario, donde la supervisión continuada suele ser limitada y, por tanto, el diseño formativo debe incorporar mecanismos realistas de mantenimiento.

La evolución de las habilidades tras la formación no es homogénea y parte de la variabilidad observada se relaciona tanto con características del profesional como con el tipo de apoyo posterior al entrenamiento. La evidencia sugiere que el componente de seguimiento y supervisión influye en la consolidación de competencias clínicas tras el taller inicial (Carpenter et al., 2012).

La medición de fidelidad constituye un requisito de calidad en la implementación de la EM. El Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) se ha consolidado como una herramienta para evaluar la adherencia y la competencia en EM, con evidencia de fiabilidad y validez para su uso en investigación y en formación. Además, permite

convertir la formación en un proceso evaluable y susceptible de ajuste (Moyers et al., 2016). Sin medidas de fidelidad, la literatura penitenciaria queda expuesta a un problema frecuente: atribuir a la EM efectos que pueden deberse a estilos clínicos inespecíficos o a factores contextuales.

En suma, el estado de la cuestión apoya que la EM es pertinente como componente transversal en adicciones y diagnóstico dual, pero exige tres mejoras para un despliegue penitenciario de alto nivel: definición explícita de competencias diana, evaluación objetiva de fidelidad y estrategias de mantenimiento factibles (p. ej., supervisión breve estructurada, auditoría de práctica y micro-feedback). Estas exigencias conectan directamente con la brecha principal: falta de estudios penitenciarios con buen control de fidelidad y con medidas de resultado comparables.

2.5 Prevención de recaídas: de los modelos cognitivo-conductuales a la continuidad asistencial en condiciones reales

La prevención de recaídas constituye un núcleo conceptual y técnico de la psicoterapia de las adicciones. Su principal valor radica en operacionalizar determinantes proximales (situaciones de alto riesgo, afrontamiento, autoeficacia, expectativas de resultado) y en traducirlos a entrenamiento de habilidades. Revisiones clásicas ya señalaban que la PR ha evolucionado hacia modelos cognitivo-conductuales más complejos y hacia estrategias de regulación emocional y “mindfulness”, manteniendo como eje la identificación temprana de señales y la toma de decisiones en condiciones de riesgo (Hendershot et al., 2011).

En la evidencia contemporánea sobre tratamientos de adicciones, un punto de alta consistencia es que los efectos se sostienen mejor cuando existe continuidad asistencial tras fases intensivas. Revisiones sobre “continuing care” muestran beneficios pequeños-

moderados, especialmente cuando hay duración suficiente, intensidad adecuada y ajuste a necesidades, lo que es particularmente relevante para el tránsito entre estancia institucional y comunidad (Blodgett et al., 2014; McKay, 2021). En centros penitenciarios, este principio se traduce en dos exigencias: continuidad al egreso y coordinación con recursos comunitarios, porque el riesgo de recaída se incrementa en periodos de transición con alta carga de estrés y exposición a claves condicionadas.

De forma complementaria, la prevención de recaídas se beneficia de marcos que permiten diseñar componentes con precisión. BCW/COM-B aporta aquí una ventaja metodológica: exige especificar qué capacidades se entrenan (p. ej., afrontamiento activo, planificación), qué oportunidades se crean (p. ej., rutinas, soportes institucionales) y qué motivaciones se refuerzan (p. ej., compromiso, valores). Esto permite justificar componentes y seleccionar técnicas de cambio de conducta con coherencia explícita entre necesidades, contenidos y medidas de resultado (Michie et al., 2011). Este enfoque reduce uno de los problemas habituales de la literatura penitenciaria: programas descritos de forma genérica, sin desglose claro de componentes.

2.6 Diagnóstico dual en centros penitenciarios: terapias integradas, evidencia en justicia penal y vacíos europeos

El diagnóstico dual presenta una alta prevalencia en contextos de justicia penal y se asocia con mayor gravedad clínica, peor funcionamiento y mayor complejidad asistencial. Una revisión sistemática y metaanálisis en *The Lancet Public Health* estimó prevalencias elevadas de trastornos mentales en poblaciones penitenciarias, con comorbilidad frecuente con trastornos por uso de sustancias, lo que refuerza la necesidad de modelos integrados y no secuenciales (Baranyi et al., 2022).

Sin embargo, cuando se restringe la evidencia a intervenciones específicamente diseñadas para personas con consumo de sustancias y problemas de salud mental en justicia penal, el volumen de ensayos controlados es limitado. La revisión Cochrane de intervenciones para personas infractoras consumidoras con problemas de salud mental comórbidos identificó pocos ensayos, heterogéneos y con evidencia de baja a moderada certeza para variables de resultado clínicos y de conducta, subrayando la necesidad de diseños más robustos y mejores medidas de resultado (Perry et al., 2019).

En cuanto a modelos terapéuticos, las comunidades terapéuticas modificadas y los programas integrados han mostrado resultados prometedores en algunos ensayos, con mejoras en variables de resultado conductuales y en la continuidad asistencial tras la salida, si bien la generalización de estos hallazgos al contexto europeo requiere cautela debido a diferencias organizativas y en la provisión de servicios (Sacks et al., 2012). No obstante, el problema central no es únicamente qué intervención se aplica, sino qué arquitectura asistencial permite sostenerla en el tiempo, incluyendo criterios de selección, dosificación, manejo del riesgo, coordinación interinstitucional y continuidad de cuidados.

Una línea más reciente y particularmente útil para delimitar vacíos es la evidencia sobre reducción de daños y tratamiento farmacológico en poblaciones que experimentan encarcelamiento. Una revisión y metaanálisis en *The Lancet Public Health* sintetizó intervenciones para reducir daños relacionados con drogas en este colectivo, subrayando efectos relevantes de intervenciones estructurales y asistenciales, pero también la heterogeneidad y la necesidad de datos de implementación y seguimiento (MacDonald et al., 2024).

2.7 Síntesis crítica: qué se sabe, qué no se sabe y dónde está la brecha

El estado de la evidencia permite tres conclusiones operativas. Primero, existe una base sólida para intervenir en centros penitenciarios, aunque con una solidez desigual según el eje de intervención. La entrevista motivacional cuenta con evidencia amplia en adicciones y con conocimiento acumulado sobre condiciones de entrenamiento eficaz; la prevención de recaídas dispone de modelos consolidados y evidencia sobre continuidad asistencial; y el diagnóstico dual exige abordajes integrados, si bien con un número todavía limitado de ensayos penitenciarios de alta calidad.

Segundo, la brecha principal no es únicamente la falta de intervenciones, sino la falta de intervenciones bien especificadas y correctamente implementadas. En numerosos estudios no se describe con precisión la dosis terapéutica, la fidelidad ni los mecanismos de mantenimiento, lo que limita tanto la replicación como la transferencia a políticas y servicios.

Tercero, en el contexto europeo y español el reto es doble: producir evidencia con mayor validez externa y, al mismo tiempo, asegurar que los programas sean sostenibles en condiciones reales de funcionamiento.

En este marco, el modelo BCW/COM-B se plantea como eje articulador para ordenar y justificar los componentes de intervención, vinculando necesidades conductuales, estrategias terapéuticas y variables de resultado. Desde una perspectiva de síntesis estructurada, el vacío más relevante se localiza en estudios desarrollados en centros penitenciarios que integren formación con evaluación objetiva de competencia, programas de prevención de recaídas con continuidad tras el alta e intervención integrada en diagnóstico dual, junto con variables de resultado clínicas y funcionales y medidas de fidelidad y sostenibilidad.

3 Capítulo 3. Marco metodológico y diseño de los estudios

3.1 Diseño de las intervenciones

El proyecto se estructura en tres intervenciones complementarias, diseñadas para responder a objetivos formativos y clínicos en un contexto aplicado real. Las intervenciones 1 y 3 adoptaron diseños cuasiexperimentales con medidas repetidas, acordes con las restricciones de implementación y evaluación propias de los centros penitenciarios. La intervención 2 se diseñó como un estudio cualitativo, evaluativo y naturalista, orientado a describir y comprender procesos terapéuticos vinculados al abordaje del diagnóstico dual en condiciones habituales de práctica clínica. De forma transversal, el BCW/COM-B se emplea como marco integrador para organizar la comparación entre estudios. En la Intervención 3 (PPR), además, este marco formó parte del diseño del programa y orientó la selección y especificación de componentes de cambio conductual (Michie et al., 2011). La elección de estos formatos respondió a criterios de factibilidad, exigencias éticas y condicionantes organizativos del contexto institucional, que hicieron inviable la conformación de grupos control aleatorizados.

El enfoque metodológico es mixto y combina técnicas cuantitativas y cualitativas con el fin de captar tanto las medidas de resultado como los procesos implicados en cada intervención. Este planteamiento refuerza la validez ecológica y se alinea con marcos contemporáneos de cambio conductual, dado que las intervenciones se implementaron en condiciones habituales de funcionamiento y con los equipos técnicos que participan en la dinámica institucional.

3.2 Participantes y contexto

La muestra total incluyó 107 participantes distribuidos en tres intervenciones. La selección y la participación se ajustaron a criterios de factibilidad y a la organización asistencial y formativa del centro, manteniendo el carácter aplicado del proyecto.

Intervención 1 (Formación en entrevista motivacional)

Participaron 25 profesionales penitenciarios (16 mujeres y 9 hombres) de psicología, educación, trabajo social, área jurídica y seguridad. Procedían de la Unidad Terapéutica y Educativa, el Módulo de Salud Mental y el Módulo de Enfermería. El programa se desarrolló entre marzo y junio de 2024.

Intervención 2 (Intervención terapéutica para diagnóstico dual)

Participaron 54 varones de entre 22 y 62 años (media = 34 años), con diagnóstico dual confirmado por el equipo técnico del Módulo de Enfermedad Mental. El programa se aplicó de forma continuada entre 2017 y 2023 en formato grupal e individual, con posibilidad de ajustes terapéuticos según necesidades clínicas.

Intervención 3 (Programa de prevención de recaídas)

La muestra inicial incluyó a 32 personas internas seleccionadas según criterios clínicos y participación voluntaria. Tras traslados o renunciaciones, la muestra final fue de 28 participantes. Esta muestra final se distribuyó en el Módulo de Salud Mental (n = 9; hombres, 19–42 años), la Unidad Terapéutica y Educativa (n = 9; hombres, 26–58 años) y el Módulo de Mujeres (n = 10; mujeres, 31–52 años). La intervención tuvo una duración de 12 semanas, con una sesión grupal semanal, entre abril y junio de 2024.

3.3 Procedimiento y descripción de las intervenciones

Cada intervención se diseñó y ejecutó de acuerdo con los objetivos específicos del estudio y con las condiciones institucionales del centro.

Intervención 1: formación en entrevista motivacional. La formación se organizó en tres fases. La primera sesión abordó los fundamentos de la EM, la motivación intrínseca y la resolución de la ambivalencia (8 horas). La segunda profundizó en

competencias técnicas avanzadas e incluyó simulación de casos complejos (8 horas). La tercera fase se centró en retroalimentación, autoevaluación y transferencia a la práctica habitual (9 horas). Se combinaron sesiones presenciales con trabajo autónomo. La evaluación se realizó en tres momentos: inicial, intermedio y final del programa.

Intervención 2: intervención terapéutica para diagnóstico dual. Incluyó 25 sesiones por periodo (20 grupales y 5 individuales). Se partió de una evaluación inicial, se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales y psicoeducativas, y se contemplaron ajustes farmacológicos cuando fueron necesarios. El programa promovió la cohesión grupal y el aprendizaje colaborativo, incorporando técnicas experienciales como *role-playing* y *real-playing*, con flexibilidad para adaptarse a las necesidades del grupo y de cada participante.

Intervención 3: programa de prevención de recaídas. El programa tuvo una duración de 12 semanas, con sesiones grupales de 80 minutos. Los contenidos abordaron motivación para el cambio, detección temprana de señales de recaída, estrategias de afrontamiento, regulación emocional y manejo del estrés. También se trabajaron componentes de resiliencia y planificación del cambio. Las sesiones se adaptaron a las características de cada módulo para mantener la coherencia con el contexto y con el nivel de apoyo disponible.

3.4 Instrumentos de medida

Las intervenciones se evaluaron mediante instrumentos validados o desarrollados *ad hoc*, seleccionados en función de su pertinencia para los objetivos del proyecto y de su viabilidad en condiciones reales. La elección de medidas y procedimientos fue coherente con los diseños cuasiexperimentales de las intervenciones 1 y 3 y con el enfoque cualitativo evaluativo de la intervención 2. Se exponen a continuación los instrumentos empleados en cada una de las intervenciones.

3.4.1 *Intervención 1. Formación en entrevista motivacional: MIA:STEP*

La intervención formativa se evaluó mediante una versión traducida al español del Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency (MIA:STEP), desarrollada en el marco de la red ATTC/SAMHSA como herramienta de autoevaluación estructurada para contextos de entrenamiento. En el estudio, el instrumento se utilizó para estimar cambios a lo largo del programa en dos ejes centrales de fidelidad a entrevista motivacional: adherencia y competencia, distinguiendo además conductas compatibles y no compatibles con el estilo de EM.

En términos operativos, el MIA:STEP permite que el profesional puntúe la frecuencia con la que aplica conductas nucleares (p. ej., preguntas abiertas, afirmaciones, escucha reflexiva y facilitación de discurso de cambio) y la habilidad percibida para ejecutarlas; paralelamente, recoge la presencia y la dificultad percibida de prácticas directivas o confrontativas (no compatibles), lo que aporta un indicador clínicamente útil en contextos donde no es viable una supervisión intensiva basada en codificación externa. Este encaje conceptual es coherente con la literatura que subraya que la formación en entrevista motivacional requiere criterios operativos de competencia y métricas de fidelidad, especialmente cuando la supervisión experta continuada es limitada (Miller & Rollnick, 2013). En esta misma línea, los marcos contemporáneos de entrenamiento recomiendan complementar la docencia con una evaluación sistemática de habilidades (Moyers et al., 2016).

3.4.2 *Intervención 2: Intervención terapéutica en diagnóstico dual*

El material analizado se obtuvo a partir de registros estructurados generados durante la intervención. En concreto, se utilizaron formatos ad hoc cumplimentados por el terapeuta en entrevistas individuales y sesiones grupales, que constituyen la base documental del análisis (Anexos 1–3), junto con un cuestionario autoinformado por las

personas participantes que se incorporó como parte del registro sistemático de la intervención (Anexo 4). Esta documentación se complementó con materiales de sesión y notas clínicas, y se analizó mediante codificación temática y análisis de coocurrencias con ATLAS.ti (v9), con el fin de identificar patrones relevantes del proceso terapéutico.

3.4.3 Intervención 3. Programa de prevención de recaídas

Se utilizaron tres instrumentos validados y un cuestionario ad hoc. La motivación para el cambio se evaluó con SOCRATES-8D (Miller & Tonigan, 1996), en su versión de 19 ítems, que operacionaliza tres dimensiones de disposición al cambio (Recognition, Ambivalence y Taking Steps). El riesgo percibido de recaída se midió con la AWARE (*Advanced Warning of Relapse*) (Kelly et al., 2011), administrada en su versión de 25 ítems con formato Likert de 1 a 7, orientada a detectar señales tempranas asociadas a procesos de recaída. Su uso en este estudio se consideró exploratorio en este contexto, dado que, hasta donde alcanza la revisión, no se dispone de validaciones psicométricas específicas publicadas en población de centros penitenciarios, por lo que sus resultados se interpretaron con cautela (Kelly et al., 2011). Las estrategias de afrontamiento se evaluaron mediante el Brief COPE (COPE-28, versión española) (Morán et al., 2010), que incluye 28 ítems distribuidos en 14 subescalas y permite analizar patrones de afrontamiento relevantes para la prevención de recaídas. Finalmente, se aplicó un Cuestionario Global PPR *ad hoc* (10 ítems, formato Likert de 1 a 7), diseñado para esta investigación con el fin de evaluar la percepción, utilidad y aceptación del programa. El instrumento mostró una consistencia interna elevada ($\alpha = .94$), adecuada para estudios exploratorios en contextos aplicados. El instrumento y sus instrucciones de administración se incluyen como Anexo 5.

3.5 Análisis de datos

Se adoptó un enfoque mixto que integró análisis cuantitativos y cualitativos con el objetivo de complementar y enriquecer la interpretación de los hallazgos. Los análisis cuantitativos se realizaron con IBM SPSS Statistics (v28; IBM Corp., 2021) y los cualitativos con ATLAS.ti (v9). Se utilizó un nivel de significación bilateral de $p < .05$.

3.5.1 Análisis cuantitativos

Intervención 1: formación en EM. Dado el diseño con tres momentos de medición, se aplicó un ANOVA de medidas repetidas. La esfericidad se comprobó mediante la prueba de Mauchly (Mauchly, 1940) y, cuando se vulneró, se aplicó la corrección de Huynh–Feldt (Huynh & Feldt, 1976). La normalidad se exploró mediante Shapiro–Wilk (Shapiro & Wilk, 1965) y, cuando no se cumplieron supuestos, se empleó la prueba de Friedman (Friedman, 1937).

Intervención 2: diagnóstico dual. Se calcularon estadísticos descriptivos y correlaciones de Pearson con finalidad exploratoria, exclusivamente como apoyo descriptivo a la interpretación cualitativa. No se realizaron análisis pre–post ni ANOVA en esta intervención, en consonancia con su carácter evaluativo y naturalista.

Intervención 3: programa de prevención de recaídas. Para la comparación pre–post se empleó la t de muestras relacionadas y, cuando no se cumplieron supuestos, la prueba de Wilcoxon (Wilcoxon, 1945). Las asociaciones se estimaron mediante correlaciones de Pearson. Para contrastes entre módulos se utilizó ANOVA de un factor y, en caso de vulneración de supuestos, la prueba de Kruskal–Wallis (Kruskal & Wallis, 1952). Cuando procedió, las comparaciones post hoc se realizaron con el ajuste de Scheffé (Scheffé, 1953).

En todas las intervenciones se priorizó la interpretación clínica, evitando conclusiones basadas exclusivamente en la significación estadística e incorporando tamaños del efecto (η^2 parcial, d de Cohen o r) cuando correspondía.

3.5.2 *Análisis cualitativos*

Se aplicó codificación temática y análisis de coocurrencias con apoyo de ATLAS.ti (v9; ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2020). El análisis se basó en la revisión integrada de registros clínicos, materiales de sesión y notas de intervención, lo que permitió identificar patrones relevantes y formular interpretaciones plausibles sobre el proceso terapéutico.

3.6 Muestra integrada y validez externa

La muestra global de 107 participantes, caracterizada por la heterogeneidad de perfiles y condiciones de implementación, aporta indicios de validez ecológica. No obstante, la transferencia de los hallazgos a otros centros debe formularse con prudencia y quedar condicionada a similitudes organizativas, de recursos y de población diana.

3.7 Consideraciones éticas y protección de datos

Los tres estudios se realizaron conforme a los principios éticos aplicables a la investigación con personas, garantizando voluntariedad, información previa suficiente, consentimiento informado, derecho de retirada sin consecuencias y minimización de riesgos (World Medical Association, 2013). En cada trabajo se obtuvo la revisión ética y las autorizaciones institucionales requeridas para su desarrollo en centros penitenciarios. Los detalles formales de dichas aprobaciones constan en el apartado de consideraciones éticas de cada estudio empírico.

La gestión de la información se ajustó al marco normativo vigente en protección de datos, aplicando minimización, seudonimización de identificadores, control de accesos

y custodia segura (Reglamento [UE] 2016/679, 2016; Ley Orgánica 3/2018, 2018). En el estudio que incorporó registros clínicos y documentación de intervención, se atendieron además las obligaciones de confidencialidad y de tratamiento de la documentación clínica previstas en la Ley 41/2002 (2002).

3.8 Calidad metodológica: fidelidad, sesgos previsibles y manejo de datos

En los tres estudios, la fidelidad se sostuvo mediante intervenciones estructuradas, secuenciación definida de contenidos y conducción estable. En los estudios cuantitativos, la estandarización de la administración y el mantenimiento de condiciones equivalentes de evaluación redujeron variabilidad no deseada, aunque se reconocen fuentes previsibles de sesgo propias del contexto aplicado, especialmente selección (participación y accesibilidad), historia/maduración y contaminación por intervenciones concomitantes. Estas amenazas se gestionaron mediante descripción transparente del contexto, prudencia inferencial y análisis acordes con el diseño.

El manejo de datos se orientó a integridad y trazabilidad. Se verificó consistencia de bases y se priorizaron análisis pareados cuando el objetivo fue estimar cambio intra-sujeto. Las pérdidas de seguimiento se trataron de forma conservadora, evitando imputaciones no justificadas. En el estudio cualitativo se mantuvo una cadena de evidencias entre el material analizado, la codificación y la síntesis interpretativa, con registro de decisiones analíticas y revisión iterativa para sostener la coherencia interna.

4 Capítulo 4. Programa de entrenamiento en entrevista motivacional para profesionales penitenciarios

4.1 Introducción

La EM es un estilo de comunicación colaborativo diseñado para aumentar la motivación intrínseca del individuo y promover un cambio de comportamiento, particularmente al resolver la ambivalencia interna (Miller & Rollnick, 2012). Este enfoque parte de la idea de que las personas son más propensas a cambiar cuando identifican sus propias razones para hacerlo, en lugar de ser persuadidas externamente (Miller, 1983).

Los principios de la EM —colaboración, compasión, aceptación y evocación— configuran una relación de respeto y equidad entre profesional y cliente, favoreciendo un entorno seguro para el diálogo abierto. La compasión implica actuar en el mejor interés del cliente, mientras que la evocación y la aceptación permiten respetar la autonomía del individuo, extrayendo sus propias razones para el cambio (Moyers et al., 2007). La EM se articula a través de cuatro procesos clave: compromiso, que genera confianza; enfoque, que define la dirección del cambio; evocación, que explora las motivaciones intrínsecas del cliente; y planificación, que se enfoca en desarrollar estrategias concretas para el cambio deseado (Miller & Rollnick, 2012). Estas etapas, adaptables a diversas situaciones y contextos, han permitido que la EM se aplique con éxito en áreas como la rehabilitación en entornos penitenciarios (Alexander et al., 2008; Iarussi & Powers, 2018).

En los centros penitenciarios, la EM no solo ha sido eficaz en el tratamiento de adicciones, sino también en la gestión de comportamientos antisociales y en el fortalecimiento de las relaciones entre personas privadas de libertad y personal profesional (Iarussi & Powers, 2018). Su capacidad para abordar la ambivalencia y fomentar un cambio auténtico permite a los internos asumir un papel más activo en su

rehabilitación, reduciendo la resistencia y favoreciendo su crecimiento personal (McMurran, 2009). Además, hay estudios que han demostrado que la implementación de la EM no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también incrementa los resultados terapéuticos en individuos que buscan tratamiento para el abuso de sustancias, lo que subraya su aplicabilidad en contextos penitenciarios donde la resistencia al cambio es común (Lundahl et al., 2010).

El uso de la EM en contextos penitenciarios ha mostrado beneficios no solo en términos de conducta, sino también en la mejora de la salud mental. Su aplicación contribuye a la reducción del estrés, el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento y el desarrollo de conductas prosociales, factores clave en la promoción de bienestar psicológico y la reintegración social (ATTC Network, 2018; Walters et al., 2010). En términos sanitarios, la EM ha sido integrada en programas dirigidos a la adherencia a tratamientos médicos, con resultados positivos en pacientes con enfermedades crónicas y trastornos duales (Kennealy et al., 2012).

Además de sus funciones de supervisión, el personal penitenciario juega un papel crucial en la implementación de la EM, ayudando a desarrollar habilidades para la vida y conductas que faciliten su rehabilitación y reintegración social (Forsberg et al., 2011). La formación en EM no solo proporciona herramientas útiles para el tratamiento de adicciones, sino que también ayuda a los profesionales penitenciarios a comprender mejor las necesidades de las personas privadas de libertad. Según el National Institute on Drug Abuse (NIDA), los principios de tratamiento basados en la evidencia, como los de la EM, son fundamentales para abordar las necesidades individuales y mejorar los resultados en contextos penitenciarios. Estas estrategias incluyen el desarrollo de habilidades de comunicación efectiva y el manejo adecuado de situaciones de conflicto (National Institute on Drug Abuse, 2014).

La efectividad de la EM en entornos penitenciarios depende de dos factores: la competencia y la adherencia de los profesionales a los principios de la EM. Según Beckman et al. (2022), la competencia se refiere a las habilidades específicas de los profesionales para implementar las técnicas propuestas, mientras que la adherencia evalúa la presencia de los componentes esenciales de la EM durante las sesiones. Estos conceptos son clave para garantizar la fidelidad al tratamiento y asegurar que los pacientes reciban la atención de calidad prevista. Estas dimensiones son coherentes con los principios establecidos en la guía MIA:STEP (SAMHSA) y con herramientas complementarias como el *Officer Responses Questionnaire* (ORQ), orientado a medir habilidades clave como la escucha reflexiva y la aplicación de estrategias de comunicación efectiva en contextos de supervisión (ATTC Network, 2018; Beckman et al., 2022; Forsberg et al., 2011; Kennealy et al., 2012; National Institute on Drug Abuse, 2014; Walters et al., 2008, 2010). La integración de estas dimensiones en la evaluación de programas formativos garantiza tanto la fidelidad al tratamiento como la calidad de las intervenciones.

El presente estudio tiene como objetivo analizar el impacto de un programa de formación en EM en la mejora de la competencia y adherencia de los profesionales penitenciarios, así como en la reducción de prácticas no compatibles con este enfoque. A través de un análisis riguroso basado en la autoevaluación de los participantes, se busca comprender cómo estos cambios podrían contribuir a un entorno penitenciario más saludable y constructivo. Asimismo, se plantea que la formación pueda repercutir favorablemente en la calidad de la interacción profesional y, de forma indirecta, en el clima relacional y el bienestar en este contexto.

4.2 Material y método

4.2.1 *Diseño del estudio*

Este trabajo utilizó un diseño cuasiexperimental longitudinal con medidas repetidas en tres momentos a lo largo de cuatro meses. El diseño permitió evaluar la evolución de la competencia y la adherencia compatibles con los principios de la EM entre profesionales penitenciarios, así como la reducción en la frecuencia de prácticas no compatibles con estos principios. La elección de un diseño cuasiexperimental respondió a limitaciones propias del entorno penitenciario, donde no resultó posible conformar un grupo control aleatorizado debido a restricciones operativas y logísticas inherentes al contexto. Este enfoque permite observar cambios longitudinales en condiciones reales y refuerza la validez ecológica del estudio. Para reforzar la validez interna, se controlaron factores como la homogeneidad de la formación impartida y la consistencia en la implementación del programa formativo.

4.2.2 *Procedimiento de intervención formativa*

El estudio se llevó a cabo en el Centro Penitenciario de Topas (Salamanca, España), en el aula de formación designada por la Subdirección de Tratamiento. La intervención se desarrolló en tres sesiones formativas entre marzo y junio de 2024, en horario de mañana (9:00–13:00), conforme a la planificación del programa.

El programa se estructuró en tres fases consecutivas, diseñadas para desarrollar de forma progresiva los principios y habilidades clave de la EM en este contexto. Cada fase combinó sesiones presenciales con actividades de autoformación, con el fin de promover la integración teórico-práctica. Los contenidos y la duración de cada fase se describen en la Tabla 6.

El diseño del programa buscó fortalecer las competencias técnicas y fomentar la adherencia a los principios de la EM mediante ejercicios prácticos basados en escenarios

habituales del trabajo penitenciario. Cada fase incorporó actividades específicas para identificar y corregir prácticas no compatibles, dentro de un proceso continuo de mejora.

Tabla 6. Estructura del programa formativo en entrevista motivacional

Fases de formación	Contenidos abordados	Duración total (horas en clase + autoformación)	Momento de evaluación
Fase 1: introducción	Fundamentos teóricos de la EM*, motivación intrínseca y resolución de la ambivalencia.	8 horas (4 en clase + 4 de autoformación).	Momento 1
Fase 2: profundización	Competencias técnicas avanzadas y simulación de casos complejos.	8 horas (4 en clase + 4 de autoformación).	Momento 2
Fase 3: consolidación	Retroalimentación constructiva, autoevaluación y aplicación práctica.	9 horas (5 en clase + 4 de autoformación).	Momento 3

4.2.3 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 25 profesionales penitenciarios (16 mujeres y 9 hombres), seleccionados mediante una convocatoria interna de participación voluntaria promovida por la Subdirección de Tratamiento del Centro Penitenciario. La convocatoria estuvo dirigida a profesionales que trabajaban en módulos especializados en la atención a personas privadas de libertad, específicamente en el módulo educativo terapéutico (unidad terapéutica y educativa), el módulo de salud mental y el módulo de enfermería. La participación en el programa respondió a un interés explícito en la formación y en la aplicación de la EM en su práctica profesional.

No se establecieron requisitos específicos en cuanto a años de experiencia o formación previa, ya que la convocatoria estaba abierta a todos los profesionales que desempeñaban su labor en estos módulos y mostraban disposición para participar en el programa. La muestra incluyó perfiles profesionales diversos, como psicólogas, juristas,

educadores, trabajadoras sociales y personal de seguridad, reflejando la diversidad de roles implicados en la atención penitenciaria especializada.

Los participantes firmaron un consentimiento informado antes de participar en el estudio, garantizándose la confidencialidad de los datos conforme al Reglamento (UE) 2016/679 (Reglamento General de Protección de Datos). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Salamanca (número de registro 1.145). Asimismo, se obtuvo la autorización de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (11/05/24) para su realización bajo las condiciones especificadas.

4.2.4 Instrumento de medida

La evaluación de la aplicación de la EM se realizó mediante la versión autoaplicada del Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency (MIA:STEP; ATTC Network, 2018). Esta herramienta fue diseñada para proporcionar una medida estructurada de la práctica de la EM, permitiendo a los profesionales evaluar su desempeño en la aplicación de sus principios y estrategias. Para este estudio se utilizó una traducción del documento original con el propósito de facilitar su comprensión y aplicación en el contexto penitenciario español.

El cuestionario recoge dos dimensiones principales: adherencia y competencia en EM. La adherencia se refiere a la frecuencia con la que los participantes aplican técnicas fundamentales de la EM, como el uso de preguntas abiertas, afirmaciones de refuerzo, escucha reflexiva y facilitación del discurso de cambio. La competencia evalúa el nivel de habilidad percibido en la ejecución de estas estrategias, reflejando la confianza del profesional en su capacidad para implementar la EM de manera efectiva.

Además, el MIA:STEP evalúa dos dimensiones adicionales que reflejan prácticas no alineadas con la EM: adherencia no compatible y competencia no compatible. La adherencia no compatible mide la frecuencia con la que los profesionales emplean

enfoques directivos o confrontativos, como la imposición de soluciones, el uso excesivo de preguntas cerradas o la persuasión directa. La competencia no compatible evalúa la percepción sobre la ejecución de estas prácticas y el grado de dificultad para evitarlas en la interacción con las personas privadas de libertad.

El MIA:STEP es un instrumento de autoinforme que permite valorar la aplicación de la EM mediante una escala Likert de 1 a 7. Valores más altos indican mayor frecuencia de los constructos evaluados o mayor percepción de uso. La información obtenida permite captar la evolución de la percepción de los participantes sobre su desempeño en EM a lo largo del programa formativo, aportando una referencia del proceso de aprendizaje y de la integración de sus principios en la práctica profesional. La evaluación se llevó a cabo en tres momentos: tras la fase de introducción al programa (momento 1), después de completar la segunda fase formativa (momento 2) y al finalizar la fase de consolidación (momento 3).

4.2.5 *Análisis estadístico*

Para evaluar el efecto de la formación sobre las dimensiones relacionadas con la EM, se aplicó un ANOVA de medidas repetidas. Cuando el test de esfericidad de Mauchly (1940) no resultó significativo, se atendió a los resultados bajo esfericidad asumida, incluyendo el estadístico F, el tamaño del efecto (η^2) y la potencia observada. Si el test de Mauchly resultaba significativo, estos parámetros se estimaron a partir de la corrección de Huynh–Feldt (1976).

Cuando se detectó falta de normalidad en alguna de las medidas, para evaluar la estabilidad de los hallazgos se calculó también el test de Friedman (1937). En caso de encontrar diferencias significativas entre momentos, se realizaron comparaciones por pares aplicando el ajuste de Bonferroni. Los análisis se realizaron con el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 28.

4.3 Resultados

El programa de formación en EM mostró cambios relevantes en varias de las dimensiones evaluadas y diferencias entre los distintos momentos de medición. La adherencia no compatible con los principios de la EM presentó una disminución sostenida, mientras que la adherencia compatible mostró variabilidad a lo largo del programa. Por su parte, las competencias compatibles y no compatibles evidenciaron una evolución diferenciada, lo que resalta la necesidad de consolidar el aprendizaje metodológico y formativo a medio y largo plazo (Tabla 7).

La competencia compatible con la EM aumentó del momento 1 al momento 3. Aunque este cambio no alcanzó significación estadística en el ANOVA de medidas repetidas ($F = 2,068$, $p = 0,138$, $\eta^2 = 0,079$, potencia observada = $0,405$), sí fue significativo en el test de Friedman ($\chi^2 = 9,621$, $p = 0,008$), lo que sugiere un patrón de mejora en la percepción del uso de estrategias de EM.

En contraste, la competencia no compatible con la EM presentó un aumento significativo tanto en el ANOVA ($F = 4,883$, $p = 0,012$, $\eta^2 = 0,169$, potencia observada = $0,779$) como en el test de Friedman ($\chi^2 = 9,711$, $p = 0,008$), lo que sugiere una mayor identificación por parte de los participantes de prácticas no alineadas con la EM a medida que avanzaba la formación.

La adherencia compatible con la EM mostró un comportamiento fluctuante. Se observó un incremento significativo entre el momento 1 y el momento 2 ($F = 8,721$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,267$, potencia observada = $0,961$), seguido de una disminución en el momento 3. Este patrón también fue confirmado por el test de Friedman ($\chi^2 = 9,939$, $p = 0,007$), lo que sugiere que, aunque los participantes aumentaron inicialmente el uso de estrategias de EM, su consolidación no se mantuvo en la última fase.

Por otro lado, la adherencia no compatible con la EM disminuyó de forma significativa y sostenida, reflejada tanto en el ANOVA ($F = 13,501$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,360$, potencia observada = 0,990) como en el test de Friedman ($\chi^2 = 20,796$, $p < 0,001$). Este resultado confirma el impacto del programa en la reducción de prácticas no alineadas con la EM y constituye uno de los logros más sólidos de la intervención.

Los análisis no se limitaron a la significación estadística, sino que también consideraron la relevancia práctica de los cambios observados. La inclusión del test de Friedman como análisis complementario refuerza la solidez de los hallazgos y permite confirmar tendencias que no alcanzaron significación en el ANOVA, ofreciendo una perspectiva más completa sobre la evolución de la aplicación de la EM en los participantes.

Tabla 7. Estadísticas descriptivas y análisis de resultados con tamaño del efecto y potencia observada.

Dimensión	M1 media (DE)	M2 media (DE)	M3 media (DE)	F	P valor	Tamaño del efecto (parcial η^2)	Poten c obser.	Test Fried man	P valor
Competencia compatible con EM	4,41 (0,77)	4,54 (0,85)	4,84 (0,93)	2,0 68	0,138	0,079	0,405	9,621	0,008
Competencia incompatible con EM	4,01 (0,94)	4,18 (1,09)	4,83 (1,16)	4,8 83	0,012	0,169	0,779	9,711	0,008
Adherencia compatible con EM	3,34 (0,47)	3,94 (0,94)	3,12 (1,03)	8,7 21	<0,00 1	0,267	0,961	9,939	0,007
Adherencia incompatible con EM	4,65 (0,79)	3,90 (1,12)	3,53 (0,81)	13, 501	<0,00 1	0,360	0,990	20,79 6	<0,00 1

Nota. M: momento; DE: desviación estándar; EM: entrevista motivacional.

La Figura 3 muestra la evolución de las dimensiones evaluadas. La competencia compatible con la EM muestra un incremento gradual, mientras que la competencia no compatible aumenta hacia el final del programa. La adherencia compatible refleja un patrón fluctuante, con una mejora inicial y una posterior disminución, mientras que la no

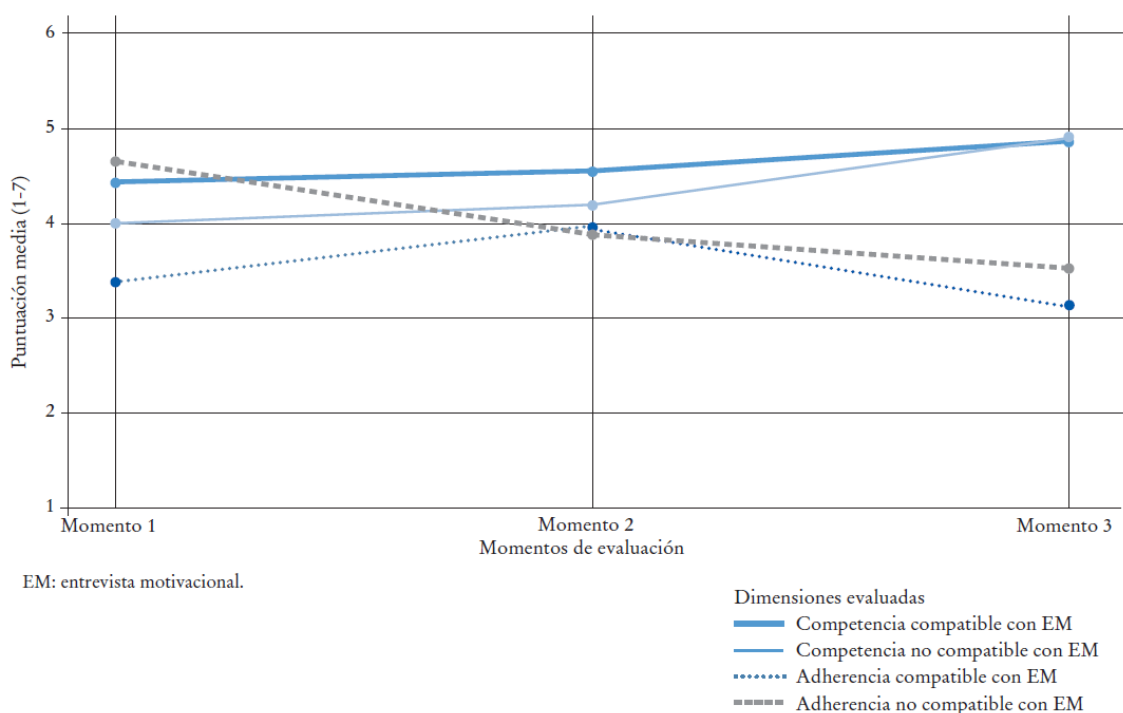
compatible mantiene una tendencia decreciente constante, en línea con los objetivos del programa.

4.4 Discusión

Los resultados de este estudio apoyan la utilidad del programa de formación en EM, con hallazgos relevantes y áreas susceptibles de mejora. La disminución sostenida y significativa de la adherencia no compatible con EM subraya el éxito del programa en promover conductas más alineadas con sus principios, mientras que las variaciones observadas en otras dimensiones sugieren la necesidad de ajustes en el diseño. La validez ecológica del estudio, al haberse desarrollado en un entorno penitenciario real, refuerza la relevancia y aplicabilidad de los hallazgos.

La mejora no significativa en la competencia compatible con EM, aunque limitada, puede explicarse desde dos perspectivas complementarias. Por un lado, un nivel inicial elevado informado por los participantes podría haber reducido el margen de mejora, lo que es consistente con revisiones que señalan menor ganancia percibida en profesionales con mayor experiencia tras intervenciones formativas (Lundahl & Burke, 2009). Por otro lado, podría estar influyendo el efecto Dunning–Kruger, de modo que participantes menos competentes sobreestimen sus habilidades iniciales, lo que atenúa la percepción de cambio tras el programa (Kruger & Dunning, 1999). El tamaño del efecto observado ($\eta^2 = 0,079$) es compatible con una mejora discreta, potencialmente relevante en contextos aplicados, y apunta a la conveniencia de optimizar estrategias formativas para amplificar su impacto.

Figura 3. Evolución de las dimensiones evaluadas en el programa formativo.



Las variaciones observadas en la “adherencia compatible con EM”, con un aumento inicial seguido de una disminución, podrían estar vinculadas a una percepción más crítica de las habilidades adquiridas según avanza la formación. A medida que los participantes profundizan en los principios de la EM, es posible que comiencen a reconocer limitaciones que antes no percibían, lo que impacta en su autoevaluación (Moyers et al., 2016). Este fenómeno, lejos de ser un indicador negativo, resalta la necesidad de incorporar módulos de consolidación y refuerzo en las etapas finales del programa, asegurando que los aprendizajes se mantengan a largo plazo.

El hallazgo más sólido y consistente de este estudio es la reducción progresiva y significativa de la “adherencia no compatible con EM”, un aspecto clave en la formación en este enfoque. Este resultado refuerza la efectividad del programa en eliminar prácticas confrontativas o directivas, que son contrarias a los principios de la EM y constituyen barreras significativas para el cambio en contextos penitenciarios (Kennealy et al., 2012).

La reducción fue significativa entre el momento 1 y los otros dos, y los análisis adicionales muestran que esta dimensión presentó los resultados más sólidos, con un tamaño del efecto considerable ($\eta^2 = 0,360$) y una potencia observada de 0,990. Esto refuerza el impacto positivo del programa en la práctica profesional y en la creación de un entorno colaborativo y respetuoso.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con investigaciones anteriores que destacan el impacto positivo de la formación en EM en contextos penitenciarios. Por ejemplo, Walters et al. (2009) señalaron mejoras similares en la capacidad de los profesionales para evitar prácticas incompatibles con la EM, lo que redujo significativamente la resistencia al cambio entre las personas supervisadas.

Del mismo modo, Lundahl y Burke (2009) señalaron que la formación en EM mejora la calidad de la interacción entre profesionales y personas privadas de libertad, lo que refuerza su utilidad en contextos penitenciarios.

Aunque el estudio incluyó tanto hombres como mujeres, no se consideró prudente realizar análisis comparativos entre estos grupos, debido al tamaño muestral reducido y la distribución desigual (16 mujeres y 9 hombres). Esta decisión buscó garantizar la fiabilidad de los resultados obtenidos, evitando conclusiones potencialmente sesgadas. Futuras investigaciones podrían abordar estas diferencias con muestras más equilibradas y representativas.

Este estudio aporta evidencia valiosa sobre la eficacia de la formación en EM para profesionales penitenciarios. La disminución de la “adherencia no compatible con EM” emerge como el logro más relevante, subrayando el valor del programa en la mejora de prácticas profesionales. Sin embargo, las fluctuaciones en la “adherencia compatible con EM” y la mejora limitada en la “competencia compatible con EM” apuntan a la necesidad de ajustes en las etapas finales del programa. Adaptaciones que incluyan refuerzos

prácticos y evaluaciones objetivas pueden maximizar los beneficios del programa, asegurando que los aprendizajes se consoliden y se traduzcan en cambios sostenibles en la práctica profesional.

Existen limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. El tamaño reducido de la muestra y la ausencia de un grupo control restringen la generalización de los hallazgos, una dificultad habitual en investigaciones en entornos penitenciarios. No obstante, se ha intentado reducir su impacto mediante el uso de ANOVA de medidas repetidas y del test de Friedman, lo que permitió una evaluación más completa de los cambios longitudinales en las dimensiones clave. Además, el cálculo del tamaño del efecto y la potencia estadística refuerza la solidez de los resultados, proporcionando una interpretación más precisa de la magnitud de los cambios observados.

Por otra parte, la dependencia de autoevaluaciones puede introducir sesgos en la percepción de la “competencia” y “adherencia” evaluadas. Sin embargo, en un entorno penitenciario, donde la supervisión externa es difícil de implementar debido a restricciones logísticas y de recursos, estas herramientas representan una alternativa práctica y razonable para estimar el impacto de la formación, y apoyan modelos de capacitación interna cuando el acceso continuado a expertos externos no es viable (Doran et al., 2013), especialmente cuando se combinan con métodos estadísticos que controlan la variabilidad individual.

A partir de los hallazgos de este estudio, futuras investigaciones y programas formativos deberían considerar ajustes que permitan optimizar los resultados. Una de las mejoras clave sería segmentar a los participantes según sus niveles iniciales, asegurando que la formación se adapte a sus necesidades específicas y maximice su efectividad. En este sentido, sería relevante ampliar la formación en EM a profesionales del ámbito

sanitario dentro del entorno penitenciario. Dado su papel clave en la adherencia a tratamientos médicos y en la intervención con personas privadas de libertad con enfermedades crónicas y trastornos duales, incluir a médicos y personal de enfermería en programas formativos específicos permitiría optimizar el impacto de la EM en el contexto clínico y asistencial. Esta ampliación es coherente con experiencias formativas en entrevista motivacional en perfiles sanitarios, donde se han descrito mejoras en competencias comunicacionales y aplicación clínica cuando la formación se adapta a tareas reales y se acompaña de seguimiento (Fu et al., 2015).

Asimismo, la incorporación de tecnologías de apoyo podría facilitar la evaluación y supervisión de la fidelidad a los principios de la EM y optimizar la adquisición de microhabilidades. Finalmente, la exploración de enfoques metacognitivos podría fortalecer la autorregulación del aprendizaje, ayudando a los participantes a reflexionar sobre su progreso y ajustar sus prácticas para consolidar los aprendizajes a largo plazo.

5 Capítulo 5. Propuesta terapéutica para el tratamiento de diagnóstico dual en un entorno penitenciario

5.1 Introducción

El diagnóstico dual, definido como la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias, plantea importantes desafíos clínicos y organizativos y requiere intervenciones integradas (Perry et al., 2019; UNODC & WHO, 2020). En población penitenciaria se ha descrito una elevada prevalencia de psicopatología y consumo problemático, lo que refuerza la necesidad de respuestas asistenciales que articulen salud mental y adicciones en estos contextos (Baranyi et al., 2022; Casares-López et al., 2011; Rebbapragada et al., 2021).

En este contexto, las personas con diagnóstico dual pueden presentar mayor inestabilidad clínica, más dificultades de adherencia y una carga elevada de conductas disruptivas, lo que afecta al proceso terapéutico y a la convivencia cotidiana (Stewart & Wilton, 2014). Además, la continuidad asistencial tras la salida del centro y la transición a recursos comunitarios plantean retos específicos, y su ausencia puede incrementar el riesgo de recaída y cronificación (Baillargeon et al., 2010; Scott et al., 2006; Young et al., 2018).

La literatura ha apoyado el uso de intervenciones psicológicas estructuradas en diagnóstico dual, con presencia de enfoques cognitivo-conductuales y estrategias motivacionales para mejorar la implicación y reducir conductas de consumo (Khodayarifard et al., 2010; Randall & McNeil, 2017). En la misma línea, programas integrados que combinan componentes psicoterapéuticos y tratamiento médico-psiquiátrico han mostrado utilidad cuando se sostienen en el tiempo y se adaptan a necesidades clínicas complejas (Drake & Mueser, 2000; Martino et al., 2002).

El objetivo de este estudio es examinar los cambios asociados a una intervención terapéutica que combina sesiones grupales e individuales sobre el consumo de sustancias, el malestar psicológico y la conflictividad percibida en internos con diagnóstico dual en un entorno penitenciario.

5.2 Material y método

5.2.1 Participantes

Se trata de un estudio preexperimental longitudinal de enfoque mixto. El eje principal lo constituye el análisis documental cualitativo de registros clínicos estructurados, complementado con indicadores cuantitativos derivados de los cuestionarios de evaluación inicial y final. El estudio se desarrolló en el Módulo de Enfermedad Mental del Centro Penitenciario de Topas entre 2017 y 2023, incluyendo a 54 internos varones con edades entre 22 y 62 años (media = 34 años; desviación estándar entre 5,86 y 12,02 según periodo).

La selección fue realizada por el equipo técnico del módulo atendiendo a criterios de inclusión clínicos y de viabilidad: diagnóstico dual confirmado, motivación para participar y permanencia prevista suficiente para completar el periodo de intervención. Se excluyeron los casos con conductas altamente disruptivas que comprometieran la dinámica grupal o con limitaciones graves de comunicación que impidieran una participación efectiva.

El tamaño de grupo se mantuvo con un máximo de ocho participantes por periodo. Se observó heterogeneidad en apoyo familiar y social, así como una reducción del apoyo externo durante las restricciones vinculadas a la pandemia (2020–2022). Los participantes recibieron tratamiento médico-psiquiátrico indicado por el equipo sanitario del centro, junto con intervención psicoterapéutica individual y grupal.

Los internos firmaron un consentimiento informado antes de participar en el estudio, que fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Salamanca (número de registro 1.144). La confidencialidad de los datos se garantizó según el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD). El estudio cuenta con la autorización de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (21 de marzo de 2024).

5.2.2 Instrumentos y datos

La recogida de información se organizó en cuatro fuentes complementarias. En primer lugar, el Cuestionario de Evaluación Inicial (Anexo 1) aportó una caracterización estructurada del estado de partida en áreas de consumo de sustancias, salud, situación psicosocial y funcionamiento, con valoración de severidad por dominios mediante una escala de 1 a 9 (Díaz et al., 2010).

En segundo lugar, el Registro de Sesiones Individuales (Anexo 2) recogió información cualitativa derivada de sesiones individuales, incluyendo necesidades expresadas, evolución de la alianza terapéutica, microhabilidades de entrevista motivacional empleadas, observaciones clínicas y feedback del participante.

En tercer lugar, el Registro de Sesiones de Grupo (Anexo 3) registró el contenido y dinámica tras cada sesión grupal, incorporando tema principal, actividades, interacciones relevantes, observaciones clínicas y comentarios de los participantes.

Por último, el Cuestionario Final de Tratamiento (Anexo 4) aportó indicadores de cierre mediante ítems tipo Likert de 1 a 10 sobre alivio de síntomas psicológicos negativos, reducción de consumo, disminución de conflictividad percibida, satisfacción global con la intervención y una pregunta abierta de valoración final.

5.2.3 Procedimiento de la terapia grupal e individual

El programa se estructuró en 25 sesiones por periodo. Comenzó con dos sesiones individuales de evaluación por participante, seguidas de 20 sesiones grupales,

intercalando tres sesiones individuales adicionales durante el proceso. Las sesiones grupales tuvieron una duración máxima de 70 minutos y se orientaron a promover un clima terapéutico, cohesión grupal y aprendizaje entre iguales (Burlingame et al., 2013).

Cada sesión mantuvo una secuencia estable: acogida y recogida del estado actual; introducción del tema mediante metodologías de aprendizaje experiencial (Kolb et al., 2009); discusión guiada; actividades prácticas, como ejercicios interactivos, *role-playing* (juego de rol) y *real-playing* (juego real) (Holmes & Kivlighan, 2000); y cierre con una síntesis de los aprendizajes y la propuesta del siguiente tema.

Los contenidos se seleccionaron a partir de necesidades identificadas en la evaluación inicial y se revisaron de forma continua para adaptar el programa a la evolución del grupo. Se incluyeron componentes de prevención de recaídas, manejo del estrés, planificación y toma de decisiones, dada su relevancia para la estabilidad del cambio (Melemis, 2015). Las sesiones individuales reforzaron alianza terapéutica, abordaron dificultades personales, revisaron objetivos y fortalecieron motivación mediante microhabilidades de entrevista motivacional

Los contenidos de las sesiones de intervención se detallan en la Tabla 8.

Tabla 8. Contenidos de las sesiones grupales.

Tema	DESCRIPCIÓN
Introducción al programa de terapia.	Comenzamos con expectativas y objetivos terapéuticos para guiar el proceso de tratamiento.
Farmacodependencia, sustancias y abordajes terapéuticos.	En este tema se exploran los efectos de las adicciones y los tratamientos disponibles para abordarlas.
Gestión de trastornos mentales coexistentes.	Se aborda la comprensión y el manejo de enfermedades mentales que coexisten con la adicción.
Estrategias para el manejo de la impulsividad.	Presentamos herramientas para controlar impulsos y tomar decisiones más informadas.
Fortalecimiento de la autoestima.	Se discuten técnicas para aumentar la percepción personal y la confianza en uno mismo.
Desarrollo del autocontrol.	En este tema se enfatiza la autogestión y la autorregulación emocional y conductual.
Prácticas de autoobservación y reflexión.	Se fomenta la introspección y el autoconocimiento como herramientas clave en el proceso terapéutico.
Dinámicas interpersonales y manejo de conflictos.	Promovemos las habilidades sociales y resolución de conflictos para el crecimiento personal.
Integración de la sexualidad y afectividad.	Se explora cómo la salud mental y las adicciones pueden afectar la sexualidad y la afectividad de una persona.
Abordaje de la soledad, tristeza y depresión.	Se discuten en este tema estrategias para afrontar la soledad, la tristeza y la depresión.
Estrategias contra la ansiedad.	Se presentan técnicas efectivas para el manejo de la ansiedad y la preocupación.
Interacción entre medicación, drogas y salud mental.	Comprender cómo la medicación interactúa con las drogas y afecta la salud mental es crucial para el tratamiento.
El rol de la familia y personas significativas en la recuperación.	Se destaca la importancia del apoyo social y familiar en el proceso de recuperación.
Técnicas para mantener la calma y la serenidad.	Herramientas de relajación y manejo del estrés se presentan para promover la calma y la serenidad.
Acceso y utilización de sistemas de ayuda y apoyo social.	Se aborda el conocimiento y uso de recursos de apoyo tanto dentro como fuera del entorno penitenciario.
Evaluación y reflexión final del programa.	En esta etapa se revisan los logros, aprendizajes y se planifican los pasos a seguir en el proceso de tratamiento.

Se mantienen revisiones constantes de los contenidos, permitiendo la adaptación continua según las necesidades evolutivas del grupo. Asimismo, se fomenta la expresión de experiencias vinculadas con la interacción entre adicción y enfermedad mental, al considerarse este aspecto un elemento prioritario en el tratamiento del diagnóstico dual, en línea con el National Institute on Drug Abuse (NIDA).

Para que el tratamiento conlleve recuperación y bienestar a medio y largo plazo, incluimos temas vinculados a la prevención de recaídas, manejo efectivo del estrés y técnicas que mejoran el control, como la anticipación, la planificación y la toma de decisiones. Estos aspectos son fundamentales, como se destaca en la investigación sobre la prevención de recaídas y el manejo del estrés en la recuperación de adicciones (Melemis, 2015).

En el transcurso de las sesiones, prestamos especial atención a la claridad y accesibilidad del lenguaje utilizado. Desde la introducción al programa de terapia hasta la evaluación y reflexión final del mismo, cada tema se presenta con un lenguaje comprensible y cercano, facilitando la conexión y comprensión por parte de los internos.

Las sesiones individuales se dedican a reforzar la alianza terapéutica y a explorar aspectos personales. En ellas se revisan dos aspectos clave: en primer lugar, observamos en qué medida se logran los objetivos terapéuticos establecidos, realizando una adaptación del tratamiento cuando fuera necesario; y en segundo lugar, se abordan los desafíos inspirados en las directrices de Burlingame et al. (2013), centrándose en las dificultades surgidas durante las sesiones grupales y adaptando las estrategias de intervención para cada paciente. Además de las funciones ya descritas, estas sesiones individuales se orientaron también a fortalecer la motivación mediante microhabilidades propias de la entrevista motivacional, abordando la ambivalencia y favoreciendo el compromiso del paciente con el proceso terapéutico.

5.2.4 *Análisis de la información*

El análisis cualitativo se realizó sobre registros clínicos estructurados procedentes de entrevistas individuales, sesiones grupales y de la pregunta abierta del cuestionario final. Se utilizó ATLAS.ti (versión 9) como herramienta de apoyo para organizar el corpus, codificar, recuperar segmentos y documentar decisiones analíticas. El software se empleó para funciones de gestión del material y exploración sistemática del contenido, manteniendo la interpretación como una tarea clínica y analítica dependiente del investigador.

El procedimiento fue iterativo e integró razonamiento inductivo y deductivo. Se realizó una codificación inicial alineada con los objetivos del programa y con los temas emergentes del corpus. Posteriormente, se depuraron definiciones operativas para reducir solapamientos, se agruparon códigos en categorías y se revisó la consistencia interna del sistema de codificación mediante recodificación focal de segmentos y ajuste progresivo del libro de códigos. Se exploraron patrones de coocurrencia y su distribución por tipo de documento y periodo como apoyo descriptivo a la interpretación. La interpretación se fundamentó en el contenido textual, en su contexto clínico y en la coherencia entre fuentes, evitando atribuciones mecanicistas derivadas de las salidas automáticas del software.

Los datos cuantitativos del cuestionario de evaluación inicial y del cuestionario final se analizaron con IBM SPSS Statistics (versión 28) mediante estadísticos descriptivos y análisis de asociación. La integración cualitativo–cuantitativa se utilizó para contrastar coherencia entre tendencias del material clínico y cambios percibidos en medidas de cierre, con una lectura compatible con el diseño preexperimental y sin formular inferencias causales más allá de lo que permite la estructura del estudio.

5.2.5 *Rigor y calidad del análisis cualitativo*

El corpus se delimitó como el conjunto de documentos que registran el proceso de intervención y su cierre, procedentes de tres fuentes: registros de entrevistas individuales, registros de sesiones grupales y el Cuestionario Final de Tratamiento (Anexos 2, 3 y 4). Este último incluye ítems cuantitativos tipo Likert (1–10) y una pregunta abierta de valoración global; para el componente cualitativo se analizó específicamente el material textual contenido en los registros individuales y grupales y en la respuesta abierta del cuestionario final. Esta delimitación permitió trabajar con documentos estructurados, comparables entre periodos, y con funciones clínicas complementarias.

El análisis se planteó como análisis temático aplicado, combinando razonamiento inductivo y deductivo. Se partió de un marco deductivo mínimo vinculado a los objetivos del programa y a dominios clínicos relevantes, y se incorporaron temas emergentes cuando aparecieron de forma recurrente en el corpus. La codificación se realizó de forma iterativa. Se elaboró una codificación inicial, se revisaron solapamientos y se ajustaron definiciones operativas para mejorar la consistencia del sistema. Posteriormente, los códigos se agruparon en categorías y se realizó una recodificación focal de segmentos seleccionados para afinar los límites entre categorías y asegurar la coherencia interna del libro de códigos.

ATLAS.ti (versión 9) se utilizó como herramienta de apoyo para organizar el corpus, vincular códigos con citas, recuperar segmentos y conservar un registro ordenado de las decisiones de codificación. El software se empleó para funciones de gestión y exploración sistemática del material. La interpretación se basó en el contenido textual y su contexto clínico, evitando atribuir validez o significado a salidas automáticas sin contraste con el texto original.

La calidad del análisis se reforzó mediante la comparación de información procedente de distintas fuentes documentales. Se compararon patrones temáticos procedentes de entrevistas individuales, sesiones grupales y materiales de cierre, buscando convergencias y señalando discrepancias cuando aparecieron. Además, los resultados cualitativos se contrastaron con los indicadores cuantitativos del cierre como apoyo descriptivo, con el objetivo de valorar la coherencia interna entre lo registrado en el proceso clínico y los cambios percibidos por los participantes. En todo el apartado de resultados, la frecuencia y la coocurrencia de códigos se interpretaron como indicadores descriptivos de centralidad temática en el corpus, y no como medidas directas de cambio clínico.

Por último, el alcance de la transferencia se formuló con prudencia. El propósito del análisis fue describir de forma rigurosa un dispositivo aplicado, identificar ejes temáticos del proceso terapéutico y documentar su coherencia con indicadores de cierre, sin pretender generalización estadística ni inferencias causales más allá de lo compatible con el diseño preexperimental y con el carácter unicentro del estudio.

5.3 Resultados

La presencia concurrente de problemas relacionados con el consumo y con la salud mental en la muestra se apoya, entre otros elementos, en la asociación observada que presentan los dos ítems clave del cuestionario de evaluación inicial (“problemas de área de salud mental y área de drogas”), puesto que su coeficiente de correlación de Pearson asciende a 0,656 ($p < 0,001$). Este resultado se interpreta como un indicador convergente de comorbilidad en la muestra, coherente con los criterios clínicos de inclusión, sin que implique por sí mismo información sobre severidad diagnóstica o evolución. Comprobamos en la Tabla 9 que, en la información procedente de las sesiones individuales, los top códigos aplicados más frecuentes son “entrevista motivacional”,

seguido de “aislamiento social” y “prevención de recaídas”. Estos tres códigos encabezan la lista en términos de frecuencia, lo cual indica que son áreas centrales de enfoque durante las sesiones. Conviene precisar que la frecuencia de codificación describe la centralidad temática del material registrado y del foco de trabajo, pero no constituye una medida directa de eficacia clínica.

La alta frecuencia de aparición de la “entrevista motivacional” sugiere una estrategia terapéutica orientada a incrementar la motivación intrínseca de los pacientes para el cambio. En términos analíticos, este patrón refleja que el proceso terapéutico se articuló de manera consistente alrededor de microhabilidades y estrategias propias de la entrevista motivacional, coherentes con un encuadre orientado a movilizar ambivalencia y sostener compromiso. Este patrón es compatible con un encuadre terapéutico orientado a reforzar la motivación para el cambio dentro del tratamiento de las adicciones. No obstante, esta correspondencia debe formularse como compatibilidad conceptual entre contenido trabajado y objetivos, sin inferencia causal directa derivada de la codificación.

El “aislamiento social”, como segundo código más frecuente, destaca la relevancia de abordar las dinámicas sociales de los pacientes. El aislamiento puede ser tanto una consecuencia como un factor que perpetúa el consumo de sustancias, y su manejo resulta clínicamente relevante para la reinserción y para el alivio del malestar psicológico. En este sentido, su presencia recurrente sugiere que las dificultades relacionales y de apoyo operaron como un eje clínico transversal, con implicaciones tanto para la adherencia como para el malestar emocional.

La “prevención de recaídas” es un componente crítico en el tratamiento de adicciones y es coherente con el objetivo de mantener la abstinencia y reducir el consumo. La frecuencia de este código sugiere un enfoque preventivo claramente presente en las sesiones, probablemente incorporando estrategias cognitivo-conductuales para manejar

las situaciones de riesgo. Para precisar la interpretación, este resultado indica que el material clínico recogido recoge de forma sistemática contenidos de identificación de riesgos, planificación y autorregulación, sin que la frecuencia permita cuantificar por sí misma la intensidad de entrenamiento ni su generalización fuera de sesión.

El código “adicción” en sí mismo, aunque menos frecuente que los anteriores, sigue siendo un tema central, implicando una exploración continua de la naturaleza de la adicción y su impacto en la vida del paciente, lo cual es esencial para abordar todos los objetivos terapéuticos. Su menor frecuencia relativa puede ser compatible con una orientación más operativa hacia habilidades y situaciones concretas, en lugar de una tematización explícita constante del constructo “adicción” como etiqueta general.

Además, temas como el “manejo del estrés”, las “estrategias de afrontamiento” y el “apoyo familiar” indican un enfoque holístico, considerando que el estrés es un potente desencadenante de recaídas y que el apoyo social es un factor protector clave. Esto es acorde con la necesidad de aliviar síntomas psicológicos negativos y fomentar un entorno de apoyo que pueda reducir la conflictividad en el módulo. Desde una lectura clínica, estos códigos refuerzan la hipótesis de que el programa abordó determinantes próximos del consumo y del malestar, integrando regulación emocional, habilidades de afrontamiento y variables contextuales.

Los “códigos coocurrentes” proporcionan una visión más detallada de cómo se entrelazan las distintas temáticas en las sesiones. La coocurrencia de códigos como “técnicas de relajación”-“manejo del estrés”, “adicción”-“aislamiento social” o “planificación para el futuro”-“estrategias para prevenir la reincidencia”, sugieren una organización temática en la que se relacionan técnicas de manejo personal con elementos contextuales y relacionales. Para evitar una lectura mecanicista, se entiende la

coocurrencia como un indicador descriptivo de asociación temática dentro de los textos, que orienta la interpretación, pero no equivale a relaciones funcionales entre variables.

Tabla 9. Codificación de sesiones individuales.

Top Códigos Aplicados	Frecuencia ⁽¹⁾	Los Mejores Códigos Coocurrentes	
Entrevista motivacional ⁽²⁾	58	Técnicas de relajación ⁽³⁾	Manejo del estrés ⁽⁴⁾
Aislamiento social	38	Adicción	Aislamiento social
Prevención de recaídas	34	Consumo ⁽⁵⁾	Apoyo familiar
Adicción	27	Planificación para el futuro	Estrategias para prevenir la reincidencia
Manejo del estrés ⁽⁴⁾	24	Entrevista Motivacional ⁽²⁾	Metas personales
Estrategias de afrontamiento	23	Prevención de recaídas	Reintegración social
Técnicas de entrevista motivacional	21	Técnicas de Entrevista Motivacional	Técnicas de relajación
Planificación para el futuro ⁽⁶⁾	21		
Estrategias para prevenir la reincidencia ⁽⁷⁾	16	Los mejores documentos analizados	Cantidad
Apoyo familiar ⁽⁸⁾	15	Sesiones Individuales Año 2022	116
Técnicas de Entrevista Motivacional	14	Sesiones Individuales Año 2023	115
Reforzamiento de la autoeficacia	14	Sesiones Individuales Año 2017	111
Refuerzo de la autoeficacia	13	Sesiones Individuales Año 2019	99
Consumo ⁽⁵⁾	13	Sesiones Individuales Año 2020	81
Técnicas de relajación ⁽³⁾	10	Sesiones Individuales Año 2021	66
Reinserción	10	Sesiones Individuales Año 2018	61

Notas:

(1) Frecuencia: número de veces que cada código aparece en las sesiones individuales.

(2) Entrevista motivacional: técnica de intervención que busca aumentar la motivación intrínseca del paciente para el cambio.

(3) Técnicas de relajación: prácticas para reducir el estrés y la ansiedad.

(4) Manejo del estrés: estrategias para gestionar el estrés de manera efectiva.

(5) Consumo: uso de sustancias adictivas.

(6) Planificación para el futuro: estrategias para el establecimiento de metas y planificación a largo plazo.

(7) Estrategias para prevenir la reincidencia: técnicas específicas para evitar recaídas en comportamientos adictivos.

(8) Apoyo familiar: importancia del apoyo de la familia en el proceso de recuperación.

Analizando los “documentos más codificados” se observa una consistencia en la aplicación de estos códigos a lo largo de los periodos. La presencia predominante de documentos recientes (periodo 2022) en la lista sugiere que las intervenciones están siendo continuamente revisadas y adaptadas a las necesidades emergentes de la población penitenciaria. Alternativamente, esta predominancia también puede reflejar diferencias

en extensión, densidad de registro o estilo de documentación entre periodos. Por ello, se describe como un patrón del corpus y no como evidencia directa de mayor “actividad terapéutica” en un año concreto.

La Tabla 10 muestra el análisis de las sesiones de grupo. El “top código aplicado” más frecuente es “participación: recuperación”, lo que sugiere un fuerte enfoque en la implicación activa de los pacientes en su propio proceso de recuperación. Esto se ajusta al objetivo de reducir el consumo de sustancias, ya que la participación es fundamental para el cambio de comportamiento sostenible. De forma más estricta, el patrón indica que los registros grupales enfatizaron la implicación conductual y el trabajo explícito sobre recuperación, lo que resulta coherente con un formato de terapia de grupo orientado a cohesión y aprendizaje entre iguales.

Los códigos relacionados con la “salud mental”, especialmente “salud mental: ansiedad”, reflejan una atención significativa a los síntomas psicológicos. La coocurrencia de “salud mental” con “participación: sexualidad” y “relaciones familiares: apoyo familiar” indica que la salud mental se aborda desde una perspectiva integral que considera la vida social y afectiva de los participantes, esencial para aliviar síntomas psicológicos negativos. Este patrón sugiere que el trabajo grupal conectó el malestar emocional con áreas funcionales relevantes (relaciones, sexualidad, apoyo), lo que puede ser clínicamente pertinente en perfiles de alta comorbilidad.

Tabla 10. Codificación de sesiones grupales.

Top Códigos Aplicados	Frecuencia ⁽¹⁾	Los Mejores Códigos Coocurrentes	
Participación: Recuperación ⁽²⁾	23	Salud mental: Salud m. ⁽³⁾	Participación: Sexualidad ⁽⁴⁾
Salud mental: Salud mental	20	Salud mental: Salud m. ⁽³⁾	Salud mental: Adicciones
Salud mental: Ansiedad ⁽⁵⁾	17	Salud mental: Adicciones	Participación: Sexualidad ⁽⁴⁾
Recuperación personal: Apoyo social ⁽⁶⁾	14	Salud mental: Soledad	Salud mental: Terapia
Participación: Sexualidad ⁽⁴⁾	12	Salud mental: Salud m. ⁽³⁾	Participación: Sexualidad ⁽⁴⁾
Autoconciencia: Autoestima	11	Relaciones familiares: Relaciones afectivas ⁽⁷⁾	Relaciones familiares: Apoyo familiar

Planificación y recursos: Resolución de conflictos ⁽⁸⁾	11	Recuperación personal: Apoyo social	Relaciones familiares: Relaciones afectivas
Desarrollo personal: Crecimiento personal ⁽⁹⁾	11		
		Los mejores documentos analizados	Cantidad
Salud mental: Bienestar emocional ⁽¹⁰⁾	10	Registros Sesiones de grupo 2020 ⁽¹¹⁾	115
Relaciones familiares: Apoyo familiar	10	Registros Sesiones de grupo 2023 ⁽¹¹⁾	114
Participación: Rehabilitación	8	Registros sesiones de grupo 2018 ⁽¹¹⁾	106
Salud mental: Adicciones	8	Registros sesiones de grupo 2017 ⁽¹¹⁾	104
Salud mental: Soledad	8	Registros Sesiones de grupo 2019 ⁽¹¹⁾	104
Tratamiento: Terapia	7	Registros Sesiones de grupo 2022 ⁽¹¹⁾	98
Participación: Motivación	7	Registros sesiones de grupo 2021 ⁽¹¹⁾	96
Autoconciencia: Autocontrol	7		

Notas:

- (1) Frecuencia: número de veces que cada código aparece en las sesiones grupales.
(2) Participación: recuperación: grado de implicación en el proceso de recuperación.
(3) Salud mental: salud m.: evaluación de la salud mental general.
(4) Participación: sexualidad: participación en temas relacionados con la sexualidad.
(5) Salud mental: ansiedad: manejo y tratamiento de la ansiedad.
(6) Recuperación personal: apoyo social: importancia del apoyo social en la recuperación.
(7) Relaciones familiares: relaciones afectivas: calidad de las relaciones familiares y afectivas.
(8) Planificación y recursos: resolución de conflictos: estrategias para resolver conflictos.
(9) Desarrollo personal: crecimiento personal: fomento del crecimiento y desarrollo personal.
(10) Salud mental: bienestar emocional: nivel de bienestar emocional general.
(11) Registros de sesiones: documentos que registran las sesiones en diferentes periodos.

La presencia de códigos como “autoconciencia: autoestima” y “planificación y recursos: resolución de conflictos” resalta un enfoque en el desarrollo de habilidades de autogestión y resolución de conflictos, contribuyendo a la disminución de la conflictividad en el módulo. En términos descriptivos, estos contenidos sitúan el grupo como un espacio de entrenamiento de competencias personales e interpersonales, con potencial impacto sobre convivencia y autorregulación.

Los documentos más codificados, que en general corresponden a periodos más recientes, pueden reflejar cambios en la densidad del registro o en el refinamiento de la documentación, más que una diferencia directa en la efectividad de las sesiones de grupo en el logro de los objetivos terapéuticos planteados. De nuevo, se interpreta con cautela porque la densidad de codificación puede depender de la extensión del registro y del grado de detalle documental, además del contenido terapéutico.

Tabla 11. Codificación del cuestionario final.

Top Códigos	Frecuencia ⁽¹⁾	Los Mejores Códigos Coocurrentes	
Prevención de recaídas ⁽²⁾	13	Planificación para el futuro ⁽³⁾	Estrategias para prevenir la reincidencia ⁽⁴⁾
Control de impulsos ⁽⁵⁾	10	Técnicas de relajación ⁽⁶⁾	Manejo del estrés ⁽⁷⁾
Entrevista motivacional ⁽⁸⁾	10	Control de impulsos	Reducción de consumo ⁽⁹⁾
Estrategias para prevenir la reincidencia	9	Entrevista motivacional	Plan de acción ⁽¹⁰⁾
Adicción	8	Entrevista motivacional	Resolución de problemas ⁽¹¹⁾
Manejo del estrés	8	Plan de acción	Resolución de problemas ⁽¹¹⁾
Planificación para el futuro	7	Consumo ⁽¹²⁾	Apoyo familiar ⁽¹³⁾
Reducción de consumo	7		
Técnicas de relajación	6	El Mejor Documento Analizado⁽¹⁴⁾	Cantidad
Aislamiento	5	D23: SESIONES INDIVIDUALES AÑO 2023 ⁽¹⁵⁾	123
Técnicas de entrevista motivacional	5		
Adaptación	5		
Aislamiento social	5		
Plan de acción	4		
Resolución de problemas	4		
Consumo	4		

Notas:

- (1) Frecuencia: número de veces que cada código aparece en las sesiones individuales.
(2) Prevención de recaídas: estrategias para evitar la recurrencia en el uso de sustancias.
(3) Planificación para el futuro: establecimiento de metas y planificación a largo plazo.
(4) Estrategias para prevenir la reincidencia: técnicas para evitar recaídas.
(5) Control de impulsos: métodos para mejorar la regulación de impulsos.
(6) Técnicas de relajación: prácticas para reducir el estrés y la ansiedad.
(7) Manejo del estrés: estrategias para gestionar el estrés de manera efectiva.
(8) Entrevista motivacional: técnica de intervención para aumentar la motivación intrínseca del paciente para el cambio.
(9) Reducción de consumo: disminución del uso de sustancias adictivas.
(10) Plan de acción: estrategias concretas para abordar problemas específicos.
(11) Resolución de problemas: métodos para identificar y resolver problemas de manera eficaz.
(12) Consumo: uso de sustancias adictivas.
(13) Apoyo familiar: importancia del apoyo de la familia en el proceso de recuperación.
(14) El mejor documento analizado: documento con la mayor cantidad de códigos aplicados.
(15) Cuestionario final del periodo 2023: datos recopilados en el cuestionario final del periodo 2023.

Observamos en la Tabla 11 el análisis de los datos del cuestionario final donde los códigos tienen que ver con estrategias y habilidades: los tops códigos como “prevención de recaídas” y “control de impulsos” destacan junto con “entrevista motivacional” y “adicción”. Este resultado sugiere que, en los textos de cierre, los participantes tendieron a referirse a componentes prácticos del programa (control, planificación, prevención) más que a descripciones diagnósticas generales, lo que es congruente con una intervención orientada a habilidades.

Los mejores códigos coocurrentes son “planificación para el futuro” y “técnicas de relajación”, asociados con “manejo del estrés” y “reducción de consumo”, lo que es compatible con estrategias orientadas a la planificación a largo plazo y a la gestión del estrés. La presencia de “reducción de consumo” y “resolución de problemas” refuerza el enfoque en los objetivos de reducir el consumo de sustancias y mejorar la gestión de conflictos. Se interpreta como una estructura temática coherente: regulación emocional y planificación aparecen vinculadas a objetivos conductuales (reducción de consumo) y a competencias de afrontamiento (resolución de problemas).

Las coocurrencias destacadas en las Tablas 9, 10 y 11 reflejan una fuerte interconexión entre la adicción, el bienestar mental y emocional, el apoyo social y familiar, y la implementación de estrategias de manejo de estrés y la prevención de recaídas. Estos temas son fundamentales para lograr los objetivos del estudio y refuerzan la conveniencia de intervenciones integrales, abordando no solo la adicción en sí misma, sino también las complejas interacciones con la salud mental y las relaciones sociales, tanto dentro como fuera del entorno penitenciario. En esta fase, el resultado principal es la coherencia interna del corpus respecto a los componentes de la intervención, más que la estimación de tamaños de efecto.

La Tabla 12 presenta correlaciones entre las variables “reducción consumo de sustancias”, “alivio síntomas psicológicos negativos”, “disminución conflictos en módulo”, y “satisfacción global con la terapia”. Estas correlaciones son todas estadísticamente significativas, con “reducción consumo sustancias” y “satisfacción global” mostrando la correlación más alta (0,687; $p < 0,001$).

Tabla 12. Correlaciones entre objetivos motivo del estudio y satisfacción global con la terapia.

	Reducción sust.	Alivio	Dismin. confl.	Satisfacción
Reducción sust.	1			
Alivio	0,368**	1		
Dismin. confl.	0,555***	0,196	1	
Satisfacción	0,687***	0,575***	0,285*	1

Nota. Abreviaturas: Reducción sustancias: Reducción del consumo de sustancias; Alivio: Alivio de síntomas psicológicos negativos. Disminución conflictos: Disminución de conflictos en el módulo. Satisfacción global: Satisfacción global con la terapia.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Estos datos son coherentes con la información cualitativa del estudio, evidenciando que la reducción del uso de sustancias está fuertemente asociada con mejoras en la percepción general o la “satisfacción global”. Además, el alivio de síntomas psicológicos negativos y la disminución de conflictos también están significativamente correlacionados, lo que sugiere que estos factores son componentes importantes en la recuperación y el bienestar general en el contexto del diagnóstico dual en entornos penitenciarios. Debe subrayarse que se trata de asociaciones concurrentes en medidas de cierre, útiles para describir convergencia entre dominios percibidos por los participantes, sin establecer direccionalidad ni mecanismos.

5.4 Discusión

Este estudio describe los resultados de una intervención integrada, con componentes grupales e individuales, orientada a abordar de forma conjunta problemas de consumo y sintomatología psiquiátrica en una muestra clínica de alta complejidad.

El estudio presenta una intervención que integra terapia individual y grupal, complementada con técnicas de entrevista motivacional, y en la que se observa un patrón convergente de cambios en variables clínicas y funcionales dentro de un contexto penitenciario. A diferencia de intervenciones previas, nuestros resultados revelan no solo una reducción significativa en el consumo de sustancias y la mejora de síntomas

psicológicos negativos, sino también una disminución en los niveles de conflictividad y hostilidad, lo que sugiere la relevancia de un encuadre que combine trabajo motivacional, regulación emocional y abordaje del funcionamiento interpersonal. Estos cambios deben interpretarse como resultados observados bajo condiciones aplicadas, compatibles con la intervención, sin atribución causal cerrada dada la naturaleza del diseño.

En comparación con el Manual de dinámicas de intervención en patología dual en drogodependencias en centros penitenciarios: Programa ActualizaT y la Guía ActualizaT, que se centran en la humanización del tratamiento y la capacitación profesional para mejorar la calidad de vida y combatir el estigma en la patología dual, nuestro estudio traslada estos principios a una implementación práctica y documenta cambios concretos y mensurables en la población de estudio (Fundación de Educación para la Salud [FUNDADEPS], 2020, 2022). Aunque estos trabajos previos han resaltado la importancia del entorno y la perspectiva biopsicosocial, nuestro enfoque destaca por su aplicación directa y efectiva en el entorno penitenciario, marcando una diferencia significativa en el abordaje terapéutico. En este sentido, el valor añadido del estudio reside en traducir recomendaciones y principios de intervención a un dispositivo estructurado, con contenidos explícitos y con un sistema de registro que permite describir qué se trabaja y cómo se articula el proceso clínico en condiciones reales.

La investigación de Casares-López et al. (2011) resalta la prevalencia y la necesidad de un diagnóstico preciso y tratamiento adecuado para trastornos de personalidad antisocial y riesgo de suicidio en entornos penitenciarios. Nuestro estudio complementa estos hallazgos, demostrando que una intervención bien estructurada que considera la complejidad del perfil de los reclusos y se adapta a sus necesidades específicas puede asociarse con mejoras clínicamente relevantes. De acuerdo con este marco, los resultados apuntan a que la intervención puede contribuir a estabilizar

dimensiones clave del funcionamiento (consumo, malestar psicológico y convivencia), lo cual es clínicamente relevante en perfiles donde la comorbilidad incrementa el riesgo de descompensación, discontinuidad terapéutica y conductas problema.

Hemos tenido en cuenta la observación de Garrido y Dorado (2010) sobre la complejidad de integrar a internos con perfiles de personalidad antisocial para trabajar en terapias grupales y, a pesar de los desafíos que plantea su inclusión, desarrollar una terapia paralela individual ha facilitado un clima de aprendizaje más favorable, asegurando la participación de todos los internos. Este enfoque metodológico meticuloso y considerado destaca como una contribución significativa al campo, sugiriendo vías para la inclusión efectiva de individuos con complejas necesidades terapéuticas. La combinación de espacio grupal y apoyo individual breve parece especialmente útil para sostener la alianza, modular la adherencia y manejar incidencias clínicas o relacionales que pueden interferir con la dinámica del grupo.

La constancia del estilo de intervención, así como la estrategia de intercalar sesiones temáticas dedicadas tanto a las adicciones como a otros trastornos mentales, se identifican como factores cruciales en el éxito del tratamiento. Este balance cuidadoso entre variedad temática y coherencia metodológica propone un modelo replicable y efectivo para contextos similares. Este equilibrio es coherente con un enfoque integrado: mantiene continuidad de estilo terapéutico, pero distribuye contenidos para abordar, de forma coordinada, consumo, regulación emocional, habilidades de afrontamiento y determinantes sociales o familiares relevantes. En términos de plausibilidad clínica, esta estructura puede explicar la convergencia observada entre mejora en consumo, reducción de malestar y mejora en convivencia, al actuar sobre mecanismos próximos (autorregulación, manejo del estrés, habilidades interpersonales) y sobre condiciones contextuales (apoyo, conflicto, aislamiento).

Mientras que la literatura existente ha sentado bases importantes en el entendimiento y enfoque del diagnóstico dual en entornos penitenciarios, nuestro estudio aporta evidencia empírica de una estrategia integrada y adaptada que mejora significativamente la calidad de vida de los reclusos, sugiriendo una línea de intervención aplicable y clínicamente pertinente para futuras investigaciones y desarrollos prácticos. Matizando esta afirmación, el estudio aporta evidencia empírica aplicada de un dispositivo integrado y adaptado al contexto, con resultados descriptivos y asociaciones cuantitativas que apoyan la coherencia interna de los cambios observados. La Tabla 12 refuerza esta coherencia al mostrar asociaciones significativas entre reducción de consumo, alivio de síntomas, disminución de conflictividad y satisfacción global con la terapia, lo que sugiere que los dominios clínicos y funcionales tienden a mejorar de forma conjunta cuando el participante percibe utilidad global del proceso. Estas asociaciones se interpretan como convergencia entre dimensiones percibidas y no como direccionalidad entre variables.

Aunque el programa fue implementado únicamente en una población masculina por la estructura actual del centro, sería interesante explorar en futuras investigaciones cómo se podrían aplicar estas intervenciones en grupos mixtos o exclusivamente femeninos. Un análisis comparativo entre hombres, mujeres y grupos mixtos permitiría afinar el enfoque terapéutico y proyectar el tratamiento con mayor precisión en diferentes contextos penitenciarios. Además, resultaría útil evaluar la estabilidad de los cambios mediante seguimientos a medio plazo, incorporando medidas complementarias (clínicas y funcionales) que permitan estimar la persistencia de la mejoría más allá del cierre del programa.

Lo anterior nos conduce a sugerir la capacitación específica del personal penitenciario, incluyendo al personal sanitario, trabajadores sociales, educadores y de

interior. Sería relevante que la formación se centrara en aspectos básicos del diagnóstico dual y en técnicas de apoyo para reforzar los efectos del programa de terapia grupal, como por ejemplo, formación en entrevista motivacional. En clave de implementación, este punto es central: la continuidad del encuadre y la consistencia de las interacciones cotidianas pueden facilitar la generalización de habilidades trabajadas en terapia, especialmente en regulación emocional, afrontamiento y resolución de conflictos.

Por último, parece conveniente reforzar la reducción del consumo mediante técnicas derivadas de la prevención de recaídas para mejorar la sintomatología psicológica adversa. Este refuerzo puede integrarse como un bloque final de consolidación (identificación de situaciones de riesgo, planes de acción y habilidades de afrontamiento), buscando estabilizar el cambio conductual y su impacto sobre malestar y convivencia.

5.4.1 Limitaciones del estudio

El trabajo se desarrolló en un módulo compuesto únicamente por varones. Esta circunstancia limita la generalización de los resultados y no permite valorar de forma específica posibles diferencias por sexo en la respuesta al tratamiento. En consecuencia, la extrapolación a otros perfiles y dispositivos debe formularse con cautela y quedar restringida a condiciones clínicas y organizativas comparables.

El análisis cualitativo se apoyó en software especializado, lo que facilitó ordenar el material y trabajar con un volumen elevado de información. Aun así, la interpretación depende de lo que queda recogido en los registros y de las decisiones de codificación, por lo que pueden quedar matices fuera del análisis. Además, la repetición de temas en documentos similares puede generar solapamientos entre códigos y categorías. Para reducir este riesgo, se compararon los hallazgos procedentes de distintas fuentes (sesiones individuales, sesiones grupales y cuestionario final) y se revisó su coherencia con los

datos descriptivos cuantitativos. Conviene subrayar que la frecuencia y coocurrencia de códigos describen patrones del corpus y apoyan la organización de la evidencia, pero no equivalen a medidas directas de cambio clínico ni permiten establecer mecanismos.

Aunque se buscó una muestra con continuidad terapéutica, la duración de las condenas y los cambios derivados de la situación procesal pueden interrumpir la intervención o el seguimiento. Este factor, propio del contexto, dificulta valorar con precisión la estabilidad de los cambios a medio y largo plazo. Sería recomendable incorporar diseños longitudinales con mediciones repetidas tras la finalización del tratamiento. Asimismo, la variabilidad en asistencia y exposición efectiva a las sesiones puede haber modulado el alcance del cambio observado, lo que limita la comparabilidad entre periodos y participantes.

Por último, no se examinó de forma específica el papel de los psicofármacos en la evolución durante el proceso psicoterapéutico. Dado el nivel de comorbilidad clínica de la población atendida, futuros estudios deberían incluir una caracterización farmacológica básica y analizar su relación con la evolución de los indicadores clínicos y conductuales. Este punto es relevante para interpretar la evolución de síntomas y conducta, ya que los ajustes farmacológicos pueden actuar como factores concurrentes en periodos de intervención prolongados.

6 Capítulo 6. Efectos de un programa de prevención de recaídas sobre la motivación, las recaídas y el manejo del estrés en entornos penitenciarios

6.1 Introducción

Reducir el riesgo de recaída constituye un objetivo esencial en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias, especialmente en contextos penitenciarios, donde estos procesos siguen siendo frecuentes y complejos (McKay, 2017; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2020). Las personas privadas de libertad presentan tasas más elevadas de trastornos por consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica que la población general, lo cual incrementa el riesgo de recaída y dificulta tanto la rehabilitación como la reinserción social (Baranyi et al., 2022; Fazel et al., 2016; UNODC, 2023). Aunque existen intervenciones psicológicas estructuradas con respaldo empírico en centros penitenciarios, la evidencia disponible muestra heterogeneidad entre estudios y una necesidad persistente de evaluaciones de mayor calidad, especialmente cuando se analizan resultados tras la excarcelación (de Andrade et al., 2018; Beaudry et al., 2021).

Desde el enfoque cognitivo-conductual, la PR se concibe como un proceso dinámico condicionado por factores individuales, contextuales y conductuales. El modelo clásico de Marlatt y Gordon (1985) describe la recaída como una secuencia de eventos interrelacionados, en la que resulta crucial identificar precozmente las situaciones de riesgo y desplegar estrategias adaptativas. Variables como la autoeficacia, la regulación emocional y las expectativas frente al consumo han sido señaladas como predictores clave del riesgo de recaída (Bandura, 1997; Witkiewitz & Marlatt, 2004). En esta misma línea, Melemis (2015) destaca la relevancia de la regulación emocional y la gestión del estrés

como elementos centrales para responder de forma adaptativa en contextos de alta vulnerabilidad.

Desde la perspectiva neurocientífica, los trastornos por uso de sustancias se han asociado con alteraciones en la corteza prefrontal y en los circuitos de recompensa, afectando negativamente al control de impulsos y a la toma de decisiones, particularmente en situaciones estresantes como el entorno penitenciario (Goldstein & Volkow, 2011; Koob & Volkow, 2016). La exposición prolongada a condiciones adversas en prisión puede agravar estas disfunciones y aumentar la probabilidad de recaída al dificultar la regulación emocional (Garland et al., 2014; Sinha, 2008).

En este sentido, el modelo COM-B y la Rueda de Cambio de Comportamiento (Behavior Change Wheel) constituyen un marco teórico robusto para el diseño de intervenciones de salud pública y modificación de conducta, especialmente útil en poblaciones con múltiples barreras personales y contextuales. Este modelo sostiene que toda conducta depende de la interacción entre tres componentes fundamentales: capacidad (psicológica y física), oportunidad (social y ambiental) y motivación (automática y reflexiva) (Michie et al., 2011, 2014). En este estudio, esta estructura permitió diseñar una intervención integrada orientada a abordar de forma simultánea factores individuales, interpersonales y estructurales implicados en la recaída en población penitenciaria. Así, la capacidad se entrenó a través de estrategias de afrontamiento adaptativo, la motivación se potenció mediante técnicas de entrevista motivacional, y la oportunidad se exploró en función de las condiciones del entorno institucional. Esta lógica también se reflejó en los instrumentos seleccionados para la evaluación: la escala SOCRATES (motivación para el cambio), AWARE (anticipación de recaídas) y Brief COPE (estrategias de afrontamiento).

La literatura especializada ha identificado tres componentes clave en la prevención de recaídas: motivación para el cambio, detección temprana de señales de alerta y desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces (Magill et al., 2020; Marlatt & Gordon, 1985; Michie et al., 2011; Witkiewitz & Marlatt, 2004). La motivación es un factor determinante por su influencia en la adherencia al tratamiento, mientras que la capacidad para identificar factores precipitantes y responder adecuadamente ante situaciones de riesgo representa un recurso esencial para reducir la probabilidad de recaída (Garland et al., 2014).

Existe un cuerpo creciente de evidencia empírica, basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis, que respalda la efectividad de las intervenciones psicológicas estructuradas en centros penitenciarios para reducir resultados negativos tras la excarcelación, incluida la reincidencia. En particular, los programas psicológicos con componentes cognitivo-conductuales se asocian con reducciones de la reincidencia en ensayos controlados aleatorizados, aunque con heterogeneidad entre estudios y necesidad de más investigación de alta calidad (Beaudry et al., 2021). En el ámbito específico del tratamiento de adicciones, una revisión sistemática centrada en intervenciones para consumo de sustancias implementadas intramuros concluye que determinados programas pueden mejorar resultados de reincidencia y, en algunos casos, consumo tras la salida, si bien la magnitud del efecto varía según modalidad e intensidad de la intervención (de Andrade et al., 2018). En paralelo, la evidencia más reciente sintetizada en salud pública señala que existen intervenciones eficaces para reducir daños y resultados adversos asociados al consumo de drogas en población con experiencia penitenciaria, subrayando la relevancia de estrategias integrales y sostenidas (MacDonald et al., 2024). Desde una perspectiva de salud pública, se ha defendido de forma consistente la integración del tratamiento de adicciones en el sistema de justicia como vía para mejorar resultados en

salud y seguridad, con un enfoque continuado en la transición al medio comunitario (Chandler et al., 2009). Asimismo, en población con comorbilidad psiquiátrica, la evidencia de revisiones sistemáticas indica que las intervenciones deben adaptarse a necesidades concurrentes y que la efectividad puede depender del ajuste del tratamiento y del contexto de implementación (Jordan et al., 2023; Perry et al., 2019). Finalmente, estudios y síntesis cualitativas destacan que la implementación en centros penitenciarios depende de barreras organizativas y del entorno, y que la fidelidad y el soporte institucional son elementos críticos para sostener la efectividad observada en investigación (Ghosh et al., 2025; Komalasari et al., 2021).

No obstante, pese a la evidencia disponible, la investigación publicada que evalúa de forma explícita la combinación del enfoque clásico de prevención de recaídas con marcos contemporáneos de cambio conductual en centros penitenciarios sigue siendo limitada. El presente estudio aborda esta laguna en una población caracterizada por policonsumo, inicio temprano del consumo (antes de los 18 años) y trayectoria previa de tratamientos ambulatorios y residenciales, un perfil frecuente en módulos especializados y de elevada complejidad clínica, en el que resulta pertinente examinar el rendimiento de una intervención estructurada.

La prevención de recaídas se sitúa en el núcleo de los abordajes cognitivo-conductuales para los trastornos por uso de sustancias, y la evidencia cuantitativa acumulada respalda la eficacia global de la terapia cognitivo-conductual sobre resultados de consumo frente a condiciones mínimas o no específicas (Magill et al., 2020). Por su parte, el modelo COM-B y el marco Behaviour Change Wheel aportan un método sistemático para diseñar intervenciones a partir del análisis de la capacidad, la oportunidad y la motivación como determinantes del comportamiento (Michie et al., 2011). Aunque el BCW se ha utilizado para caracterizar determinantes y orientar

estrategias en contextos penitenciarios, la integración explícita de ambos enfoques en un programa aplicado en este entorno ha recibido todavía una evaluación empírica limitada, lo que justifica el planteamiento del presente estudio (Ghosh et al., 2025).

El objetivo de este estudio es analizar la efectividad de un programa basado en el modelo de Marlatt y Gordon y en el marco teórico COM-B/BCW en población penitenciaria. Concretamente, se evalúa su impacto sobre: (1) la motivación para el cambio, (2) la identificación de señales tempranas de recaída, y (3) el uso de estrategias de afrontamiento adaptativo ante el estrés. Además, se exploran posibles diferencias entre perfiles, con el fin de orientar futuras intervenciones ajustadas a las características de esta población.

6.2 Método

6.2.1 Procedimiento e intervención

El Programa de Prevención de Recaídas se desarrolló durante un periodo de 12 semanas, entre abril y junio de 2024, en el Centro Penitenciario de Topas (Salamanca, España). La intervención consistió en sesiones grupales semanales de 80 minutos, centradas en la motivación para el cambio, la identificación precoz de señales de recaída, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y regulación emocional, el manejo del estrés y la reestructuración cognitiva. La planificación semanal de contenidos se detalla en la Tabla 13, e incluye módulos específicos sobre regulación emocional, anticipación de situaciones de riesgo y fortalecimiento de la resiliencia.

La muestra inicial estuvo compuesta por 32 personas privadas de libertad, seleccionadas por el Equipo de Tratamiento del centro en función de criterios clínicos y de participación voluntaria. Finalizaron el programa 28 participantes, tras cuatro abandonos por traslado o decisión personal. Los participantes se distribuyeron en tres módulos: (1) Módulo de Salud Mental, con nueve hombres de entre 19 y 42 años; (2)

Unidad Terapéutica y Educativa (UTE), con nueve hombres de entre 26 y 58 años; y (3) Módulo de Mujeres, con diez mujeres de entre 31 y 52 años. Todos los sujetos habían iniciado el consumo de sustancias antes de los 18 años y presentaban experiencia previa en tratamiento ambulatorio y/o residencial.

Los participantes formaban parte de grupos clínicos ya constituidos en el centro para intervención terapéutica. La selección fue realizada por el equipo clínico del centro en función de su disponibilidad, perfil clínico y firma de consentimiento informado. Esta condición favorece la validez ecológica del estudio, si bien limita la aleatorización y el control sobre posibles variables externas.

Durante el desarrollo del programa existían diferencias entre módulos en relación con el tratamiento habitual, que no formaba parte del diseño del PPR ni se modificó para el estudio. En la UTE, el tratamiento habitual incluía grupos de apoyo, grupos terapéuticos y seguimiento terapéutico individual, en el marco de una comunidad terapéutica organizada con actividades rehabilitadoras voluntarias. En el Módulo de Salud Mental, los participantes se integraban en terapias grupales organizadas por la institución. En el Módulo de Mujeres, la intervención habitual se centraba en actividades ocupacionales. Estas intervenciones concurrentes no se cuantificaron de forma sistemática. Por tanto, no es posible estimar su contribución a los cambios pre-post y deben considerarse un posible factor de confusión en la interpretación de los resultados.

El PPR se aplicó con la misma estructura, metodología, contenidos nucleares y secuencia en los tres módulos, conforme al programa y guion de sesiones (Tabla 13). Todas las sesiones fueron conducidas por el mismo psicólogo responsable e investigador del estudio, lo que contribuyó a mantener la consistencia de la intervención entre grupos; las adaptaciones se limitaron a ajustes operativos para su encaje en la dinámica organizativa de cada módulo, sin alterar los componentes nucleares del programa.

Tabla 13. Contenido del programa de prevención de recaídas

Semana	Tema	Actividades
1-2	Evaluación Inicial y Motivación para el Cambio	Aplicación de instrumentos (SOCRATES 8D, AWARE, Brief COPE) y establecimiento de objetivos individuales. Introducción al programa y diseño inicial del plan terapéutico, integrando el modelo COM-B como marco de referencia.
3	Identificación de señales de alerta y factores de riesgo	Análisis de antecedentes personales de recaída. Trabajo sobre factores+ precipitantes y señales tempranas. Aplicación del modelo COM-B para explorar barreras contextuales y motivacionales.
4-5	Estrategias de afrontamiento y regulación emocional	Trabajar habilidades para el manejo del estrés y ansiedad mediante técnicas cognitivo-conductuales, enfatizando la autoeficacia.
6-7	Reestructuración Cognitiva y Planificación de Situaciones de Riesgo	Identificación de pensamientos disfuncionales. Diseño de respuestas adaptativas ante escenarios críticos. Planificación de acciones basadas en las capacidades y oportunidades individuales.
8-9	Consolidación y simulación de estrategias de mantenimiento	Simulación grupal de situaciones de riesgo. Refuerzo del uso de estrategias adaptativas y autoevaluación. Análisis de motivaciones internas.
10	Prevención de recaídas a largo plazo	Construcción de un plan personalizado de mantenimiento, incorporando elementos de seguimiento, autoeficacia y afrontamiento ante barreras previsibles.
11-12	Evaluación Final y Plan de Seguimiento	Administrar nuevamente los cuestionarios iniciales para evaluar el cambio. Revisión de progresos individuales. Diseño de un plan de continuidad adaptado al contexto postpenitenciario.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Salamanca (CEISH), con número de registro 1155, mediante resolución de fecha 7 de marzo de 2024. La intervención fue autorizada por el Ministerio del Interior y la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias el 21 de marzo de 2024. Todos los procedimientos se

realizaron de acuerdo con la Declaración de Helsinki, y todos los participantes firmaron un consentimiento informado por escrito antes de su participación.

6.2.2 Medidas

Para evaluar la motivación hacia el cambio se utilizó la Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8D; Miller & Tonigan, 1996), que evalúa reconocimiento del problema, ambivalencia y pasos a seguir. Su estructura y la evidencia disponible sobre su validez de constructo han sido examinadas en muestras con trastornos por uso de sustancias, y algunos trabajos sugieren valor predictivo especialmente para la dimensión de “pasos a seguir” respecto a resultados posteriores de consumo (p. ej., Burrow-Sánchez et al., 2019; Doerfler et al., 2016).

La percepción del riesgo de recaída se evaluó mediante la Advance Warning of Relapse (AWARE; 25 ítems), desarrollada para operacionalizar señales de alerta temprana de recaída (Miller & Harris, 2000). En trabajos posteriores, se observó una estructura esencialmente unidimensional y evidencia de validez convergente y predictiva; en particular, en una muestra de adultos jóvenes se identificó un factor depurado de 25 ítems con capacidad para predecir recaída y aportar utilidad incremental respecto a covariables clínicas relevantes (Kelly et al., 2011).

Para valorar las estrategias de afrontamiento ante el estrés se aplicó la versión española del Brief COPE Inventory (Carver, 1997; Fernández-Martín et al., 2022). Este cuestionario consta de 28 ítems agrupados en 14 subescalas: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, apoyo emocional, autodistracción, ventilación emocional, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, consumo de sustancias, humor y autoinculpación. La escala presenta buenas propiedades psicométricas, ajuste factorial adecuado y validaciones en contextos diversos, resultando particularmente útil para diferenciar estrategias adaptativas (p.ej.,

afrontamiento activo) de las desadaptativas (p.ej., negación, consumo de sustancias) en poblaciones penitenciarias con estrés elevado (Fernández-Martín et al., 2022; Kadi et al., 2023; Power et al., 2021).

Finalmente, se administró un Cuestionario Global *ad hoc* para evaluar la percepción del programa, abordando dimensiones como comprensión de la adicción, identificación de señales de recaída, manejo del riesgo y confianza en mantener la abstinencia (véase Anexo 5). Este instrumento mostró excelente consistencia interna ($\alpha = 0.93$) y fue diseñado siguiendo directrices contemporáneas para el desarrollo de escalas en investigación en salud (Boateng et al., 2018), con base en el modelo de autoeficacia de Bandura (1997).

En la muestra actual se estimó la consistencia interna (α de Cronbach) de todas las medidas. AWARE mostró consistencia interna excelente en ambas mediciones ($\alpha = 0.94$; $\alpha = 0.95$), el cuestionario ad hoc presentó consistencia excelente ($\alpha = 0.93$) y el Brief COPE, considerado a nivel global (28 ítems), mostró consistencia adecuada ($\alpha = 0.80$; $\alpha = 0.84$). En el caso del SOCRATES-8D, la consistencia interna fue inferior a los umbrales habitualmente recomendados ($\alpha = 0.30$; $\alpha = 0.55$), lo que constituye una limitación y aconseja interpretar con cautela los resultados basados en esta medida en la presente muestra. Dado que el alfa de Cronbach no constituye por sí solo evidencia de validez, y considerando la evidencia previa sobre la validez de constructo del instrumento, se mantuvo su uso en la investigación, explicitando esta limitación (Miller & Tonigan, 1996; Sijtsma, 2009). Los valores detallados se presentan en el Anexo 6).

Todos los instrumentos mencionados fueron aplicados en dos momentos temporales (preintervención, M1; postintervención, M2), excepto el Cuestionario Global, administrado únicamente en M2, según se detalla en la Tabla 13.

6.2.3 *Análisis de datos*

La comparación de los resultados pre y post en las dimensiones de las escalas se realizó mediante prueba t para muestras relacionadas. Cuando no se cumplieron los supuestos, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Para analizar las relaciones entre estrategias de afrontamiento se utilizaron correlaciones de Pearson.

Las diferencias entre grupos en las estrategias del COPE en el momento M2 se analizaron mediante ANOVA. Para asegurar la robustez de los resultados se aplicó también la prueba de Kruskal-Wallis. En caso de significación, se realizaron pruebas post hoc con el test de Scheffé para identificar subconjuntos homogéneos y precisar en qué grupos se producían las diferencias.

La elección de estos métodos respondió al tipo de variables analizadas, al tamaño de la muestra y a la necesidad de reforzar la robustez estadística de los resultados.

El análisis de datos se llevó a cabo con IBM SPSS Statistics 28.

6.3 Resultados

Tal como se muestra en la Tabla 14, los resultados obtenidos con la escala SOCRATES 8D muestran un incremento significativo en la puntuación de *reconocimiento del problema* tras la intervención ($t = 3.71, p < 0.001$), así como mejoras en la subescala de *ambivalencia* ($t = 2.57, p < 0.05$) y en *pasos a seguir* ($t = 5.19, p < 0.001$). En cambio, la evaluación mediante la escala AWARE no mostró diferencias significativas entre los momentos pre y postintervención ($t = -0.63, p > 0.05$).

En relación con las estrategias de afrontamiento evaluadas a través del Brief COPE, se observaron mejoras significativas en *afrontamiento activo* ($t = 2.35, p < 0.05$), *reencuadre positivo* ($t = 2.67, p < 0.05$) y *aceptación* ($t = 2.66, p < 0.05$). La subescala de *apoyo emocional* presentó un aumento marginal ($t = 1.92, p < 0.10$). No se detectaron cambios significativos en el resto de las dimensiones evaluadas. Las pruebas no

paramétricas de Wilcoxon confirmaron estos, tal como se recoge en el Anexo 7. En conjunto, los resultados son compatibles con un desplazamiento hacia estrategias de afrontamiento activas y cognitivas, sin modificaciones relevantes en las estrategias evitativas.

Tabla 14. Estadísticas descriptivas y prueba de diferencia de medias en las medidas de evaluación en los puntos temporales M1 y M2

	M 1		M 2		T-test
	Mean	SD	Mean	SD	
SOCRATES					
Reconocimiento	21,36	4,40	24,39	4,01	3,71***
Ambivalencia	12,00	3,33	13,82	3,38	2,57*
Pasos a Seguir	23,89	4,91	28,82	4,76	5,19***
AWARE					
Aware	98.82	30.34	94.50	30.85	-0,63
Brief COPE Inventory					
Afrontamiento Activo	3.50	0.61	3.86	0.61	2,352*
Planificación	2.66	0.61	2.96	1.11	1,256
Apoyo Instrumental	2.64	0.68	2.48	0.59	-1,14
Apoyo Emocional	3.45	0.50	3.77	0.69	1,924 ⁺
Autodistracción	3.57	0.57	3.46	0.59	-0,827
Ventilación	3.11	0.58	3.04	0.72	-0,415
Desconexión	3.38	0.75	3.32	0.76	-0,297
Reencuadre Positivo	2.68	0.55	3.36	1.10	2,676*
Negación	3.54	0.76	3.59	0.67	0,294
Aceptación	2.86	0.52	3.41	1.01	2,663*
Religión	2.68	0.77	2.89	0.79	1,536
Consumo	3.09	0.79	2.73	1.16	-1,404
Humor	2.75	0.91	2.57	0.79	-0,88
Culpa	3.00	0.91	2.80	0.72	-1,036
Cuestionario Global					
Comprensión de adicción			5.25	1.40	
Manejo del Riesgo			5.48	1.12	
Utilidad y aplicación			5.55	1.30	
Confianza-Motivación			5.63	1.40	
Valoración Global			6.18	1.28	
CU Valoración total			5.55	1.14	

⁺ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En el análisis de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento del Brief COPE, las asociaciones observadas en el momento basal (M1) fueron escasas y con significación limitada, sin un patrón clínico relevante (véase Anexo 8). Sin embargo, en el segundo momento de evaluación (M2), tras la aplicación del programa, emergieron

correlaciones significativas entre varias estrategias y la subescala de *consumo de sustancias* (ver Tabla 15), lo que sugiere un efecto diferencial del programa sobre los mecanismos de afrontamiento.

En concreto, *consumo de sustancias* mostró asociaciones negativas de magnitud elevada con *planificación* ($r = -0,74; p < 0,001$), *aceptación* ($r = -0,61; p < 0,001$) y *reencuadre positivo* ($r = -0,60; p < 0,001$), lo que indica que los participantes que emplearon estrategias más estructuradas y cognitivas informaron un menor consumo. Asimismo, *afrontamiento activo* se correlacionó positivamente con *planificación* ($r = 0,66; p < 0,001$) y *apoyo emocional* ($r = 0,41; p < 0,05$), mientras que *reencuadre positivo* presentó una relación robusta con *aceptación* ($r = 0,82; p < 0,001$). Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que las estrategias adaptativas tienden a integrarse funcionalmente entre sí y podrían desempeñar un papel protector frente a la recaída. Por otro lado, se observó una asociación significativa entre *negación* y *desconexión conductual* ($r = 0,84; p < 0,001$), lo que sugiere que, cuando no se activan estrategias de afrontamiento más directas, los mecanismos de evitación emocional y conductual tienden a coexistir.

Tabla 15. Correlaciones entre los constructos del COPE en el momento temporal M2

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Afrontamiento Activo	--													
2. Planificación	0,664***	--												
3. Búsqueda Apoyo Instrumental	0,227	0,312	--											
4. Búsqueda Apoyo Emocional	0,406*	0,546**	0,266	--										
5. Autodistracción	0,398*	0,307	0,426*	0,32	--									
6. Ventilación	0,437*	0,372	0,552**	0,392*	0,329	--								
7. Desconexión Conductual	-0,098	0,058	0,222	0,024	-0,035	0,351	--							
8. Reinterpretación Positiva	0,563**	0,832***	0,225	0,382*	0,318	0,368	0,244	--						
9. Negación	-0,105	0,079	0,313	0,087	0,079	0,379*	0,835***	0,206	--					
10. Aceptación	0,629***	0,870***	0,217	0,556**	0,304	0,336	0,22	0,819***	0,205	--				
11. Religión	0,219	0,440*	0,076	0,192	0,25	0,269	0,339	0,408*	0,337	0,524**	--			
12. Consumo de Sustancias	-0,505**	-0,740***	0,061	-0,162	-0,001	-0,121	0,122	-0,603***	0,092	-0,607**	-0,287	--		
13. Humor	-0,036	0,214	0,263	0,134	0,105	0,207	0,484**	0,288	0,304	0,298	0,445*	-0,12	--	
14. Autoinculpación	-0,045	0,106	0,669***	0,054	0,156	0,387*	0,136	-0,013	0,363	-0,05	0,124	0,023	0,122	--

Correlación significativa * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En relación con las diferencias entre grupos, no se observaron discrepancias significativas en las estrategias de afrontamiento al inicio del programa (M1). Sin embargo, tras la intervención (M2), se identificaron diferencias estadísticamente significativas en varias subescalas del Brief COPE (véase Tabla 16). En concreto, se hallaron efectos principales del grupo en *afrontamiento activo* ($F(2, 25) = 10.97, p < 0.001$), *planificación* ($F(2, 25) = 63.71, p < 0.001$), *reencuadre positivo* ($F(2, 25) = 64.52, p < 0.001$), *apoyo emocional* ($F(2, 25) = 5.39, p = 0.011$), *aceptación* ($F(2, 25) = 37.83, p < 0.001$) y *consumo de sustancias* ($F(2, 25) = 30.18, p < 0.001$). El análisis no paramétrico mediante la prueba de Kruskal-Wallis arrojó resultados consistentes, lo que refuerza la robustez de los hallazgos (véase Anexo 9).

El análisis *post hoc* mediante la prueba de Scheffé reveló matices importantes. El Grupo 3 (Módulo de Mujeres) obtuvo puntuaciones significativamente más altas que los otros dos grupos en las estrategias de afrontamiento activo, planificación y aceptación ($p < 0.05$). En reencuadre positivo, el Grupo 3 superó a ambos grupos, aunque el Grupo 1 también mostró puntuaciones superiores al Grupo 2. En el caso de apoyo emocional, el Grupo 3 puntuó significativamente más alto que el Grupo 1, pero no se diferenció significativamente del Grupo 2. Respecto al consumo de sustancias, las puntuaciones fueron significativamente más bajas en el Grupo 3 ($p < 0.001$) en comparación con los otros dos grupos, lo que apunta a una respuesta especialmente favorable del programa en la población femenina.

Tabla 16. Pruebas ANOVA de diferencias entre grupos para las dimensiones COPE en M1 y M2. Estadístico F, p-valor y resultado del análisis post hoc (Scheffe).

M1			M2			
	F	p-value	M2	F	p-value	Prueba Scheffe (si F. tiene p< 0,05)
Afrontamiento	1.646	0.213	Afrontamiento	10.966	<0.001	1≈2<3
Planificación	0.242	0.787	Planificación	63.709	<0.001	1≈2<3
Apoyo Instrumental	3.188	0.058	Apoyo Instrumental	0.411	0.668	na
Apoyo Emocional	3.593	0.043 ⁽¹⁾	Apoyo Emocional	5.389	0.011	1<3; 2 ≈ 1, 2 ≈ 3
Autodistracción	0.193	0.825	Autodistracción	0.710	0.501	na
Ventilación	0.505	0.610	Ventilación	1.561	0.230	na
Desconexión Conductual	0.711	0.501	Desconexión Conductual	0.077	0.926	na
Reinterpretación positiva	3.334	0.052	Reinterpretación positiva	64.516	<0.001	2<1<3
Negación	0.178	0.838	Negación	0.060	0.942	na
Aceptación	0.086	0.918	Aceptación	37.833	<0.001	1=2<3
Religión	0.108	0.898	Religión	2.286	0.123	na
Consumo de sustancias	3.367	0.051	Consumo de sustancias	30.181	<0.001	3<1≈2
Humor	0.071	0.932	Humor	1.056	0.363	na
Autoinculpación	0.608	0.552	Autoinculpación	0.089	0.915	na

- ⁽¹⁾ Aunque el estadístico F presentó un p < 0.05, la prueba Scheffe (obtenidas para un alpha de 0.05) no resultó significativa, las medias de los tres colectivos se agrupaban en el mismo subconjunto.
- na: no aplica
- Para las pruebas Scheffe los valores indican la relación entre grupos (p. ej., $1 \approx 2 < 3$ significa que el grupo 3 tiene una media significativamente mayor que los otros dos, que no se diferencian entre sí).

Por último, la evaluación de la intervención mediante el Cuestionario Global ad hoc reflejó puntuaciones elevadas en todas sus dimensiones (medias superiores a 5 en una escala de 1 a 7), destacando especialmente los ítems relacionados con la comprensión de la adicción, la identificación de señales de recaída y la planificación para su prevención. Estos resultados descriptivos refuerzan la evidencia cuantitativa, aportando indicios de aceptabilidad y de utilidad clínica percibida por parte de los participantes.

6.4 Discusión

Los hallazgos son compatibles con la utilidad del PPR en un contexto penitenciario. En relación con el primer objetivo, la escala SOCRATES 8D mostró mejoras significativas en las tres dimensiones evaluadas —reconocimiento del problema, ambivalencia y pasos a seguir— lo que sugiere un fortalecimiento de la motivación para el cambio. No obstante, en la muestra actual, la consistencia interna de esta escala fue baja, lo que reduce la precisión de la estimación del cambio motivacional y aconseja interpretar estos resultados como preliminares. Por consiguiente, los cambios observados en las dimensiones motivacionales deben interpretarse como tendencias indicativas y no como estimaciones definitivas del efecto. La motivación se considera, por tanto, un resultado preliminar que requiere confirmación mediante medidas más robustas y una combinación multimétodo de indicadores. El aumento en el reconocimiento del problema es coherente con la literatura que vincula niveles más altos de motivación para el cambio —especialmente en la dimensión de pasos a seguir— con mejores resultados posteriores en el consumo de sustancias. A su vez, el incremento de la ambivalencia tras la intervención se alinea con lo observado en la EM, donde la ambivalencia se conceptualiza como un fenómeno esperado y clínicamente útil, más que como resistencia, ya que facilita una reflexión más elaborada sobre la conducta adictiva y el cambio. Además, la evidencia

sintetizada reciente respalda la EM como una intervención basada en la evidencia para la reducción del consumo de sustancias, aunque con heterogeneidad entre estudios.

En cuanto a la dimensión de pasos a seguir, los resultados indican que los participantes comenzaron a adoptar estrategias concretas orientadas a la abstinencia, lo que representa un avance clínicamente relevante en el tratamiento de las adicciones. Sin embargo, iniciar conductas orientadas al cambio no se traduce necesariamente en reducciones sostenidas del consumo sin continuidad asistencial y apoyo posterior, especialmente en personas con mayor gravedad clínica. En este sentido, la evidencia reciente sobre continuidad de cuidados destaca que mantener intervenciones de seguimiento más allá de la fase inicial del tratamiento se asocia con mejores resultados y mayor estabilidad del cambio. Por ello, resulta esencial considerar variables mediadoras adicionales, en particular la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, como componentes críticos para consolidar el cambio y prevenir la recaída.

En relación con la puntuación en la escala AWARE, no se encontraron diferencias significativas entre los momentos pre y postintervención. Este resultado, aunque inicialmente inesperado, aporta información relevante sobre las posibles limitaciones de sensibilidad al cambio de algunas medidas en entornos altamente estructurados como el penitenciario. Una posible explicación es que un contexto altamente controlado y con baja exposición a estímulos asociados al consumo limite la activación de procesos de anticipación y autoobservación del riesgo. Además, la evidencia sintetizada muestra que las personas con trastornos por uso de sustancias presentan, en promedio, mayores dificultades de regulación emocional que la población sin estos trastornos, un factor clínicamente relevante para la vulnerabilidad ante episodios de consumo en contextos de estrés (Stellern et al., 2023). La estabilidad observada en esta escala podría, por tanto, reflejar la necesidad de incorporar estrategias más específicas de entrenamiento

emocional y detección precoz de señales internas, especialmente en perfiles con comorbilidad psiquiátrica o trayectorias de consumo severas. Asimismo, se ha documentado la validez psicométrica de AWARE como medida de señales tempranas de recaída, aunque su sensibilidad al cambio puede depender del contexto y del rango de variación real del riesgo durante el periodo evaluado (Kelly et al., 2011).

Asimismo, el contexto penitenciario puede influir en las respuestas obtenidas mediante escalas de autoinforme, ya que la percepción subjetiva del riesgo y de las propias capacidades puede verse modulada por dinámicas institucionales como la vigilancia, el control rutinario del entorno y la adaptación conductual al régimen. En muestras de infractores se ha observado que la deseabilidad social (impression management y self-deception) puede distorsionar autoinformes con contenido clínico y de factores dinámicos, lo que hace recomendable extremar cautelas metodológicas (Cobo et al., 2021; Hildebrand et al., 2018).

La literatura sobre clima y calidad de vida en centros penitenciarios muestra que estas dimensiones relacionales y organizativas se asocian con actitudes y conductas relevantes, lo que hace plausible que también afecten a la forma en que las personas responden a medidas psicológicas (Auty & Liebling, 2020; Day et al., 2012). En paralelo, trabajos recientes en medición dentro de población penitenciaria subrayan la necesidad de verificar propiedades psicométricas y equivalencia de medida entre subgrupos, precisamente porque el contexto puede introducir sesgos sistemáticos en la respuesta (Baker et al., 2025).

En relación con el tercer objetivo, los resultados del Brief COPE mostraron un desplazamiento hacia estrategias de afrontamiento más adaptativas, coherente con la evidencia que indica que las intervenciones cognitivo-conductuales en los trastornos por uso de sustancias mejoran resultados clínicos y fortalecen las habilidades de

afrontamiento como un mecanismo relevante de cambio (Carroll & Onken, 2005; Magill et al., 2023). En este estudio, la asociación inversa entre la subescala consumo de sustancias y estrategias como planificación, reinterpretación positiva y aceptación en la evaluación postintervención (M2) sugiere un patrón compatible con menor vulnerabilidad a la recaída, en línea con estudios longitudinales que muestran mayores niveles de afrontamiento adaptativo en personas que mantienen la abstinencia y un mayor uso de estrategias desadaptativas en quienes recaen (Roos & Witkiewitz, 2016; Roos et al., 2017). En conjunto, estos resultados refuerzan la importancia de promover un repertorio de afrontamiento amplio y funcional como objetivo terapéutico, dado que la diversidad y el uso consistente de habilidades de afrontamiento se han asociado con mejores resultados posteriores al tratamiento. No obstante, al tratarse de un diseño sin grupo control, los efectos observados deben interpretarse con cautela y no permiten establecer una relación causal directa con la intervención.

De manera complementaria, la correlación observada entre negación y desconexión conductual sugiere que, cuando no se activan estrategias de afrontamiento orientadas a la acción, tienden a consolidarse patrones evitativos. Este perfil es clínicamente relevante porque la evitación y la “desconexión” se han asociado con peores trayectorias de consumo y mayor vulnerabilidad a la recaída en estudios longitudinales; en particular, la negación se ha asociado con mayor probabilidad de recaída y la desconexión conductual con menor probabilidad de cese a corto plazo, lo que apunta a un perfil de peor evolución clínica (Sosnowski et al., 2025). En paralelo, la literatura sobre procesos de evitación indica que reducir la evitación experiencial puede ser un objetivo terapéutico pertinente, dado su vínculo con el craving, un predictor robusto de recaída (Shorey et al., 2017). En conjunto, estos resultados apoyan que el programa no solo

promueva estrategias adaptativas, sino que también identifique y module de forma explícita las respuestas evitativas que pueden interferir con el mantenimiento del cambio.

Las diferencias observadas entre los grupos en la evaluación postintervención (M2) sugieren patrones clínicamente relevantes que pueden estar vinculados a necesidades y trayectorias diferenciales. En particular, el grupo de mujeres mostró incrementos más marcados en estrategias adaptativas como afrontamiento activo, planificación, reencuadre positivo, apoyo emocional y aceptación, junto con una reducción significativa del consumo de sustancias. Este patrón es coherente con la evidencia de síntesis que sugiere que los programas sensibles al género pueden obtener resultados superiores a los enfoques “neutros” al género en mujeres, especialmente cuando se consideran estudios de mayor calidad y se aseguran condiciones adecuadas de implementación (Gobeil et al., 2016; Summers et al., 2025). Además, revisiones recientes subrayan la relevancia de integrar principios sensibles al género incorporando necesidades vinculadas a victimización, relaciones y trauma, así como continuidad de apoyos, para maximizar el impacto de las intervenciones (Salisbury & Crawford, 2025).

En contraste, el menor uso de estrategias adaptativas en el módulo de salud mental sugiere que las personas con trastornos concurrentes pueden requerir intervenciones más prolongadas o intensivas para consolidar competencias de regulación emocional y afrontamiento. La evidencia sobre tratamientos integrados para trastornos concurrentes, junto con revisiones centradas en servicios de salud mental en centros penitenciarios, apunta a la relevancia del abordaje coordinado de salud mental y consumo y a la necesidad de fortalecer la continuidad asistencial y el soporte en la transición al medio comunitario, especialmente en perfiles de mayor complejidad clínica (Drake et al., 2008; Jordan et al., 2023; Perry et al., 2019; Simpson et al., 2022).

La alta valoración obtenida mediante el Cuestionario Global sugiere una buena aceptabilidad del PPR y un ajuste razonable a las necesidades percibidas por los participantes. En el ámbito de las adicciones, la satisfacción con el tratamiento y la calidad de la relación terapéutica se han asociado con mayor implicación y mejores indicadores de progreso terapéutico, también en muestras con experiencia en el sistema de justicia (Kuusisto & Lintonen, 2020; Yang et al., 2019). Además, la evidencia metaanalítica indica que la alianza terapéutica mantiene una asociación positiva con los resultados más allá de características iniciales y procesos concomitantes, por lo que constituye un componente relevante para sostener el cambio (Flückiger et al., 2020). Dado que la retención y la adherencia se relacionan solo de forma moderada con el éxito terapéutico, esta valoración positiva debe interpretarse como un indicador de aceptabilidad y participación, más que como evidencia directa de efectividad clínica (Dacosta-Sánchez et al., 2022).

Este estudio propone una integración programática entre el modelo clásico de Prevención de Recaídas (Marlatt y Gordon) y el marco COM-B/Behavior Change Wheel (BCW). El BCW aporta una lógica explícita para vincular determinantes conductuales (capacidad, oportunidad y motivación) con funciones de intervención, y se ha propuesto como un enfoque útil para caracterizar y diseñar intervenciones de cambio conductual en salud (Michie et al., 2011). En contextos penitenciarios, estudios cualitativos recientes han mostrado que el marco COM-B/BCW permite caracterizar determinantes del consumo de sustancias y derivar funciones de intervención alineadas con restricciones y dinámicas institucionales, así como identificar mecanismos, barreras y facilitadores relevantes para la implementación de intervenciones psicosociales breves (Ghosh et al., 2024, 2025). En nuestro estudio, esta integración se tradujo en contenidos terapéuticos específicos y en una organización del programa orientada a mecanismos plausibles de recaída; sin embargo, los componentes no se evaluaron de forma independiente, por lo

que no es posible atribuir efectos diferenciales a cada elemento del marco. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como compatibles con la hipótesis de que una formulación integrada puede facilitar la coherencia del programa y su implementación, más que como una demostración de superioridad mecanística.

La transferibilidad de esta propuesta a otros sistemas penitenciarios debe entenderse como una posibilidad razonable, pero condicionado por la organización de los servicios, la continuidad asistencial y la capacidad de sostener la intervención con fidelidad. La evidencia reciente confirma una carga elevada y compleja de morbilidad mental y física en población penitenciaria, lo que refuerza la necesidad de modelos integrados y realistas desde salud pública (Favril et al., 2024; Kinner & Young, 2018). Además, revisiones sistemáticas recientes indican que existen intervenciones con evidencia de efectividad para reducir daños críticos (p. ej., mortalidad) y también resultados de justicia (p. ej., reingreso/reincidencia) en personas con consumo de drogas con experiencia penitenciaria, tanto durante el internamiento como tras la excarcelación, aunque persisten lagunas de evidencia y heterogeneidad entre programas (Macdonald et al., 2024). Por ello, futuras investigaciones deberían combinar evaluación de resultados con evaluación de proceso, incluyendo fidelidad, adaptaciones y condiciones de implementación, para delimitar qué componentes son esenciales y en qué contextos la integración propuesta resulta más efectiva.

6.5 Implicaciones prácticas y fortalezas del estudio

La intervención implementada constituye una propuesta aplicada en un centro penitenciario real, dirigida a personas con elevada vulnerabilidad clínica y, en algunos casos, con diagnóstico dual. Una fortaleza central radica en la integración programática de dos marcos teóricos complementarios —la Prevención de Recaídas y el modelo COM-B/Behaviour Change Wheel— utilizados para estructurar los contenidos, los objetivos y

las estrategias del programa. Esta integración permite intervenir no solo sobre la conducta adictiva, sino también sobre determinantes del cambio especialmente relevantes en estos contextos, como la orientación al cambio, las capacidades individuales y las oportunidades contextuales.

A diferencia de aproximaciones puramente observacionales, el estudio evalúa una intervención estructurada mediante un esquema pre-post en variables clínicamente relevantes, lo que refuerza su utilidad aplicada y su relevancia para la práctica en condiciones operativas reales. Esta orientación es coherente con revisiones sistemáticas que subrayan la necesidad de intervenciones basadas en evidencia y con continuidad de cuidados tras la salida para optimizar resultados y reducir riesgos posteriores, en un campo marcado por heterogeneidad entre programas y lagunas metodológicas (de Andrade et al., 2018; Beaudry et al., 2021). Al mismo tiempo, estas revisiones recomiendan prudencia en la interpretación de estimaciones derivadas de tamaños muestrales pequeños y destacan la necesidad de replicación en muestras mayores para fortalecer la robustez de los hallazgos, lo que hace recomendable presentar estos resultados como evidencia preliminar y potencialmente transferible, pero no definitiva.

Asimismo, el estudio incorpora una lectura sensible al género al explorar diferencias en el módulo de mujeres. Esta aproximación es clínicamente pertinente porque la evidencia disponible sugiere que los programas transicionales y sensibles al género, con continuidad de cuidados y abordaje concurrente de salud mental y consumo, se asocian con mejores resultados en mujeres (Edwards et al., 2022).

6.5.1 Limitaciones

Una limitación principal del estudio es el tamaño reducido de la muestra, que limita la generalización de los resultados. Esta característica es consistente con un diseño orientado a la implementación clínica en condiciones operativas restrictivas, pero obliga

a interpretar los hallazgos con prudencia y a priorizar replicaciones futuras con mayor potencia estadística y, cuando sea viable, diseños comparativos más exigentes. Asimismo, algunas medidas mostraron consistencia interna inferior a la recomendada. En particular, la consistencia interna del SOCRATES-8D fue baja en esta muestra, lo que aconseja cautela en la interpretación de los resultados vinculados a motivación. Este aspecto es relevante porque la literatura sugiere prudencia en la interpretación de efectos derivados de estudios con tamaños muestrales reducidos y alta heterogeneidad, especialmente cuando se evalúan desenlaces clínicos complejos (Beaudry et al., 2021).

En segundo lugar, el uso exclusivo de autoinformes puede introducir sesgos de información y deseabilidad social, especialmente en variables sensibles como motivación, afrontamiento o riesgo percibido. La triangulación con registros institucionales, indicadores conductuales y medidas externas reduciría este riesgo y fortalecería la validez de los resultados (Althubaiti, 2016; Krumpal, 2013). Además, la ausencia de seguimiento a medio o largo plazo impide estimar la estabilidad del cambio; por ello, conviene incorporar mediciones longitudinales para valorar mantenimiento de efectos y evolución clínica.

En tercer lugar, no se emplearon entrevistas diagnósticas estructuradas para caracterizar de forma estandarizada la comorbilidad ni se evaluaron sistemáticamente antecedentes traumáticos. Esta omisión limita el ajuste fino de la intervención al perfil clínico y dificulta el análisis de moderadores del efecto. La guía clínica de referencia para trastornos concurrentes destaca precisamente la necesidad de evaluación integrada y protocolos de cribado/diagnóstico en estos casos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2020), y la evidencia empírica muestra una exposición traumática elevada y síntomas relevantes de PTSD en población penitenciaria,

lo que justifica su incorporación sistemática en estudios de intervención (Wolff et al., 2014).

Por último, aunque el programa integra Prevención de Recaídas y COM-B/BCW, el estudio no evaluó de forma diferenciada qué componentes fueron más activos. Tampoco se implementó un procedimiento formal de evaluación de fidelidad (p. ej., checklist estandarizado u observación externa), lo que limita la atribución de los resultados a componentes específicos del programa. Diseños factoriales o comparativos, junto con análisis de proceso, permitirían desagregar contribuciones y mejorar la especificidad de las recomendaciones. Además, el desarrollo en un único centro limita la extrapolación institucional y refuerza la necesidad de replicación multicéntrica.

Los resultados son consistentes con la utilidad de integrar marcos teóricos complementarios para diseñar intervenciones de prevención de recaídas en centros penitenciarios. La combinación de Prevención de Recaídas y COM-B/BCW ofrece una arquitectura operativa para identificar determinantes del cambio y traducirlos en objetivos terapéuticos aplicables en condiciones institucionales. Dado el tamaño muestral y el diseño, estos hallazgos deben interpretarse como evidencia preliminar y requieren ser replicados en muestras mayores y con seguimiento longitudinal, manteniendo una interpretación conservadora de los efectos (Beaudry et al., 2021).

En términos aplicados, los datos sugieren la conveniencia de programas estructurados y viables en la rutina institucional, especialmente cuando se articulan con continuidad asistencial tras la salida y con estrategias adaptadas a necesidades concurrentes y sensibles al género. Futuras evaluaciones deberían incorporar medidas multimétodo y análisis de proceso (fidelidad, adaptaciones y condiciones de implementación) para delimitar qué componentes son esenciales y en qué contextos la integración propuesta resulta más efectiva.

7 Capítulo 7. Discusión general y conclusiones

7.1 Integración y análisis global de resultados

La investigación empírica desarrollada se orienta al diseño, implementación y evaluación de tres intervenciones en el Centro Penitenciario de Topas (Salamanca). Ello ha supuesto el desarrollo de un proceso compuesto por tres fases: (1) formación en EM para profesionales, (2) una propuesta terapéutica para el tratamiento del diagnóstico dual y (3) un PPR en personas con TUS. En conjunto, los resultados sugieren que las tres intervenciones son viables y aceptables cuando se garantizan condiciones mínimas de implementación, como tiempos protegidos en agenda, coordinación clínica estable y un seguimiento de proceso suficiente para sostener la exposición real. Bajo estas condiciones, se observaron mejoras convergentes en tres planos: competencias relacionales de los profesionales, organización del manejo del riesgo de recaída y encaje clínico de la intervención en los casos de mayor complejidad. Dado el diseño aplicado, estas mejoras deben interpretarse como cambios observados en condiciones naturales, compatibles con una contribución de las intervenciones, pero no demostrativos de causalidad estricta.

En términos de coherencia interna, los hallazgos se interpretan mejor si se asume una lógica escalonada de necesidades. La formación en EM actúa sobre la calidad de la interacción profesional-usuario y sobre la reducción de prácticas no compatibles, lo que resulta especialmente relevante en entornos donde la confrontación y el estilo directivo tienden a emerger como respuesta rápida ante el conflicto. En este marco, la intervención en diagnóstico dual aporta un dispositivo clínico específico para perfiles con alta comorbilidad, donde la desregulación emocional y la complejidad clínica exigen un encuadre más intensivo y previsible. Por último, el PPR ordena habilidades de autorregulación y afrontamiento, y define oportunidades estructuradas para identificar y

manejar situaciones de riesgo. La integración no es una yuxtaposición de programas. Es una arquitectura que distribuye funciones terapéuticas según el tipo de necesidad y la complejidad del caso.

7.1.1 *Formación en EM*

Los resultados del estudio formativo apuntan a un incremento de conductas compatibles con EM, un descenso de conductas no compatibles y una mejora de la competencia percibida. La interpretación más plausible, atendiendo al diseño, es que el programa facilita microhabilidades, reorienta el estilo de comunicación y reduce la probabilidad de respuestas confrontativas, con impacto plausible sobre la alianza y la adherencia. La literatura ha descrito que estos cambios son más estables cuando la formación se acompaña de práctica deliberada, retroalimentación estructurada y apoyo explícito de las jefaturas, porque esa combinación favorece la transferencia a la práctica y reduce la “pérdida” de habilidades tras la formación inicial (Ericsson, 2008; Lundahl et al., 2013; Magill et al., 2018; Miller et al., 2004). En esta discusión, la cuestión no es afirmar que la formación “funciona” en términos generales, sino precisar en qué condiciones se sostiene el aprendizaje. La evidencia sugiere que, sin mecanismos de consolidación (feedback, práctica deliberada y revisión estructurada), las mejoras tienden a ser heterogéneas y sensibles a la presión del contexto.

7.1.2 *Intervención en diagnóstico dual*

Los resultados se describen mejor como señales de utilidad clínica en tres planos: reducción de consumo autoinformada, alivio sintomático y mejora de la convivencia en el módulo de salud mental. Estos resultados deben leerse como cambios observados en un diseño preexperimental y con indicadores en parte autoinformados, por lo que describen señales de utilidad clínica compatibles con la intervención, sin permitir

atribución causal cerrada ni aislamiento de componentes. La combinación de trabajo grupal con apoyos individuales breves resulta clínicamente plausible y viable para un contexto de alta comorbilidad, porque permite sostener la adherencia y trabajar regulación emocional sin depender exclusivamente de intervenciones largas. Aunque el estudio no aisló mecanismos específicos, la literatura sobre tratamiento integrado sugiere que la estabilidad farmacológica, la coordinación sistemática con el equipo médico y un encuadre temporal previsible favorecen consistencia y continuidad, especialmente cuando existen circuitos asistenciales claros y coordinación interprofesional (Drake et al., 1998; Kelly & Daley, 2013; SAMHSA, 2019). En términos de contribución de los estudios empíricos, el aporte está en mostrar que un dispositivo clínico operativizable puede sostener cambios observables en un entorno con restricciones organizativas, sin reducir el fenómeno a un único resultado.

7.1.3 Programa de prevención de recaídas

Los resultados sugieren cambios favorables en variables proximales del proceso de recuperación, especialmente en motivación para el cambio (SOCRATES 8D) y en afrontamiento, con un patrón selectivo de mejora en estrategias adaptativas del Brief COPE; en cambio, no se observaron cambios significativos en las señales tempranas de riesgo evaluadas mediante AWARE (Kelly et al., 2011; Miller & Tonigan, 1996; Morán et al., 2010). El perfil observado es congruente con la prevención de recaídas clásica y sus desarrollos cognitivos, en la medida en que sitúa el foco en señales de aviso, estrategias de afrontamiento y mantenimiento de la motivación como variables proximales del control del riesgo (Irvin et al., 1999; Kelly et al., 2011; Larimer et al., 1999). Aun así, la lectura debe ser prudente por dos razones: el diseño no permite atribución causal estricta y el uso de autoinforme incrementa la posibilidad de sesgos de deseabilidad y método común. Esto no invalida el patrón, pero obliga a tratar la magnitud

del cambio como estimación y a priorizar, en fases posteriores, seguimientos a medio plazo y marcadores complementarios de continuidad asistencial tras la excarcelación. La diferencia por módulos, con mayor consistencia en el módulo de mujeres en afrontamiento y manejo del estrés, no debe presentarse como “efecto de género” sin matices, sino como una señal práctica de que la adaptación por perfiles y condiciones del módulo puede modular la respuesta y merece evaluación específica.

El eje integrador BCW/COM-B como estructura real. La complementariedad EM–diagnóstico dual–PPR se entiende con mayor claridad si se explicita en términos de capacidad, oportunidad y motivación. La formación en EM refuerza la capacidad de intervención del profesional y mejora la oportunidad social al optimizar el clima relacional. En diagnóstico dual, el dispositivo clínico contribuye a regulación emocional y adherencia, y aporta oportunidad clínica cuando asegura coordinación y previsibilidad. El PPR potencia habilidades para detectar señales tempranas, planificar respuestas y aplicar afrontamiento, y añade oportunidad al sostener una estructura estable de sesiones. Esta formulación no es solo conceptual, sino que permite justificar la viabilidad del abordaje al actuar de manera concurrente sobre habilidades, condiciones del entorno y motivación (Michie et al., 2011, 2014).

El marco BCW/COM-B se utiliza en esta discusión para estructurar la síntesis de los hallazgos en torno a capacidad, oportunidad y motivación.

En síntesis, el avance más defendible de los tres estudios empíricos no reside en un único resultado aislado, sino en la identificación de una estructura básica de intervención y evaluación para el ámbito penitenciario: una formación relacional que reduce prácticas no compatibles, un dispositivo de prevención de recaídas que organiza el control del riesgo y una intervención específica para situaciones de mayor complejidad clínica. La transferibilidad, como hipótesis aplicada, depende de que se mantengan las condiciones

de implementación descritas y de que la evaluación incorpore, cuando sea posible, medidas observacionales de fidelidad y seguimientos ampliados para estimar persistencia del efecto.

7.2 Verificación de objetivos e hipótesis

Este apartado contrasta los objetivos e hipótesis de cada estudio con los resultados observados, pero incorpora un criterio adicional necesario en un trabajo de estudios secuenciales: valorar el grado de confirmación en función de la fuerza de la evidencia. En diseños aplicados y unicentro, con cuasiexperimentación y predominio de autoinforme, la verificación no puede reducirse a una lógica binaria de “cumplido/no cumplido”, sino que requiere matizar el grado de confirmación en función de la consistencia del cambio observado, la plausibilidad del mecanismo y las limitaciones del diseño y de las medidas empleadas.

En este marco, un objetivo se considera cumplido cuando el patrón de resultados es convergente y consistente con el mecanismo esperado; parcialmente cumplido cuando se observan cambios en la dirección prevista, pero con limitaciones de consistencia, magnitud o robustez; y no cumplido cuando no se observan cambios compatibles con el resultado esperado en los indicadores principales. Cuando se utiliza la expresión “cumplido con cautelas”, se hace referencia a resultados coherentes con la hipótesis, pero cuya interpretación debe mantenerse prudente debido a limitaciones del diseño aplicado, del tipo de medidas empleadas o del carácter unicentro del estudio.

Para la exposición de los resultados se mantiene la nomenclatura por intervención: OE1.1–OE1.3 (Formación en EM), OE2.1–OE2.3 (Diagnóstico dual) y OE3.1–OE3.3 (PPR).

7.2.1 Intervención 1. Formación en Entrevista Motivacional

El *OEI.1 (adherencia a prácticas de EM)* se ha visto *parcialmente cumplido*, porque el cambio se observa en la dirección prevista, pero con heterogeneidad interindividual y sin evidencia suficiente de estabilidad sostenida. Se observaron incrementos tras los hitos formativos, aunque con variabilidad entre profesionales. Esta lectura es coherente con la evidencia sobre formación en EM: el aprendizaje inicial puede traducirse en mejoras en microhabilidades, pero la transferencia se vuelve frágil si no se consolida mediante práctica deliberada y retroalimentación estructurada (Ericsson, 2008; Lundahl et al., 2013; Magill et al., 2018; Miller et al., 2004). En cuanto al mecanismo, el cambio es plausible porque la formación incrementa la capacidad de intervención del profesional, especialmente en términos de habilidades comunicacionales y modifica la oportunidad social al reducir fricción relacional en la interacción clínica. Sin embargo, la ausencia de medidas observacionales de fidelidad limita la precisión con la que puede afirmarse que el cambio se produjo en la técnica y no solo en la percepción o en un estilo general más colaborativo.

En segundo lugar, *el OEI.2 (competencia profesional)* también se ha *alcanzado parcialmente*, pues se aprecian mejoras en la dirección esperada, aunque discretas y no uniformes. Este patrón sugiere que el programa puede haber actuado como catalizador de autoconfianza y de reencuadre relacional, pero que la competencia técnica —entendida como desempeño consistente bajo presión contextual— requiere condiciones de mantenimiento. En un entorno institucional con carga asistencial, rotación y exigencias de seguridad, el rendimiento puede verse condicionado por factores organizativos, como la disponibilidad de tiempos protegidos, el apoyo de la jefatura o la existencia de espacios de revisión clínica. En consecuencia, los resultados apoyan una tesis más exigente: la formación es condición necesaria para el cambio, pero no suficiente para garantizar

competencia estable si no se acompaña de estructuras mínimas de práctica, supervisión y ajuste.

Respecto al tercer objetivo, *OE1.3 (reducción de prácticas no compatibles)*, se ha *alcanzado parcialmente*, porque se observan descensos, pero con una consistencia insuficiente en todos los indicadores o momentos. Este patrón es clínicamente relevante, ya que la reducción de confrontación o directividad improductiva puede tener efectos desproporcionados sobre la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento. No obstante, sin codificación externa de las sesiones (por ejemplo, mediante MITI) no es posible estimar con precisión el cambio técnico ni discriminar si la disminución se debe a aprendizaje específico o a variaciones del contexto asistencial. Desde un punto de vista aplicado, este resultado sugiere la conveniencia de incorporar en fases posteriores una medida observacional de fidelidad, al menos en submuestras, combinada con espacios de revisión clínica estructurada que permitan consolidar y estabilizar el aprendizaje (Magill et al., 2018; Moyers et al., 2016).

Por lo que se refiere a la *Hipótesis del Estudio 1*, se ha visto *parcialmente confirmada*, puesto que el patrón global de resultados es compatible con la dirección esperada —aumento de adherencia y competencia percibida junto con reducción de prácticas no compatibles—, aunque la solidez de la evidencia queda limitada por la heterogeneidad de los cambios observados, la ausencia de medidas observacionales de fidelidad y la falta de un componente de supervisión estructurada sostenido. En este sentido, la evidencia obtenida permite identificar un efecto plausible bajo condiciones de implementación reales, al tiempo que delimita con mayor precisión qué elementos serían necesarios para consolidarlo.

7.2.2 *Intervención 2. Intervención en diagnóstico dual*

El primer objetivo OE2.1 (cambios en consumo) se ha cumplido con cautelas, dado que se identificaron reducciones del consumo autoinformado coherentes con el mecanismo esperado, aunque la estimación del cambio sigue condicionada por la naturaleza del diseño y por el tipo de medida utilizada. En un perfil de alta comorbilidad, este resultado es compatible con la utilidad de un dispositivo que combina intervención grupal y apoyos individuales breves, orientado a sostener la adherencia, reforzar la autorregulación y abordar los factores de riesgo asociados a la descompensación clínica y al consumo. No obstante, la interpretación debe mantenerse prudente debido a la naturaleza del diseño aplicado y a la necesidad de medidas complementarias para robustecer la estimación del cambio.

Por lo que se refiere al *OE2.2 (Sintomatología)*, también se ha *satisfecho* aunque *con cautelas*, puesto que se observó una disminución de sintomatología negativa en la dirección prevista, aunque el diseño no permite aislar mecanismos ni atribuir el efecto a un único componente. Este resultado es compatible con un encuadre terapéutico que integra contenidos de salud mental y adicciones y que mantiene un soporte individual breve para ajustar objetivos, reforzar la alianza y trabajar la regulación emocional. La evidencia disponible sobre tratamiento integrado sugiere que la coordinación asistencial y la estabilidad del encuadre favorecen resultados consistentes en este tipo de perfiles, aunque el diseño no permite aislar mecanismos ni atribuir el efecto a un único componente.

En cuanto al tercer objetivo, *OE2.3 (Convivencia/conflictividad en módulo de salud mental)* se ha *alcanzado* aunque también *con cautelas*, pues si bien se registró una disminución de la conflictividad y una mejora de la convivencia acordes con el objetivo planteado, se trata de cambios observados en condiciones reales y potencialmente

modulados por factores contextuales. Este resultado tiene relevancia clínica y organizativa por su impacto funcional en el clima del módulo. Por tanto, debe formularse como cambio observado en condiciones reales, susceptible de moduladores contextuales, sin presentarlo como efecto causal cerrado.

Finalmente, podemos decir que la *Hipótesis* del Estudio 2 se ha visto *confirmada* con *cautelas*, puesto que si bien se observó un patrón convergente de mejora en consumo, sintomatología y convivencia, la fuerza de la evidencia sigue limitada por el carácter unicentro del estudio y por la naturaleza de las medidas. La confirmación se interpreta con las cautelas propias de un estudio unicentro y de la naturaleza de las medidas, lo que justifica reforzar la robustez de la evaluación en fases posteriores mediante medidas complementarias y diseños pragmáticos cuando sea viable.

7.2.3 Intervención 3. Programa de Prevención de Recaídas

El primer objetivo de este estudio, *OE3.1 (Motivación – SOCRATES 8D)* se ha visto parcialmente alcanzado, pues se observaron mejoras significativas en la dirección esperada, si bien la limitada consistencia interna de la medida reduce la robustez con la que puede sostenerse el cambio estimado. Este patrón es coherente con el mecanismo más inmediato del programa: facilitar el reconocimiento del problema, promover la elaboración de la ambivalencia y favorecer la activación de pasos orientados al cambio. No obstante, y como hemos señalado, en esta muestra la interpretación debe incorporar una cautela central: la consistencia interna (α de Cronbach) de la medida fue limitada, lo que reduce la precisión del cambio estimado y obliga a evitar inferencias fuertes sobre subdimensiones o perfiles motivacionales. En consecuencia, el resultado debe leerse como un indicador clínico de proceso, útil para describir variación pre-post bajo exposición a la intervención, recomendándose verificación psicométrica adicional y combinación con medidas complementarias cuando sea posible (Bertholet et al., 2009;

Miller & Tonigan, 1996). Dado el diseño aplicado, estos hallazgos deben interpretarse como cambios observados en condiciones naturales, compatibles con la intervención, sin establecer inferencias causales estrictas.

Por su parte, el OE3.2 (*disminución de señales de alerta temprana – AWARE*) no se ha logrado, ya que la escala AWARE no mostró cambios significativos entre las mediciones pre y post. Este resultado delimita el alcance de la intervención sobre indicadores de riesgo de recaída. La escala AWARE evalúa señales tempranas de vulnerabilidad, cuya expresión puede verse parcialmente modulada en entornos institucionales altamente estructurados, donde la exposición a situaciones de riesgo y la variabilidad contextual están limitadas. En este sentido, la ausencia de cambios en este indicador no invalida el patrón general de mejora en otras variables de proceso, pero sugiere la conveniencia de incorporar medidas adicionales y seguimiento longitudinal para evaluar con mayor precisión la evolución del riesgo.

Por lo que se refiere al tercer objetivo, OE3.3 (*Afrontamiento – Brief COPE; comparación entre módulos*), se ha visto *cumplido con cambio selectivo*, porque se observaron incrementos significativos en estrategias de afrontamiento adaptativas concretas —especialmente Afrontamiento Activo, Reencuadre Positivo y Aceptación—, aunque no se registraron cambios en el conjunto del repertorio de afrontamiento. Este patrón sugiere un cambio selectivo hacia estrategias especialmente sensibles al entrenamiento y a la práctica guiada. En la comparación entre módulos se observó un patrón diferencial, con mayor consistencia del cambio en el módulo de mujeres. Este resultado debe interpretarse como un posible efecto contextual vinculado a condiciones del módulo, dinámica grupal o estabilidad del encuadre terapéutico, más que como un efecto atribuible exclusivamente a variables demográficas.

Finalmente, y en cuanto a la *Hipótesis del Estudio 3*, se ha visto parcialmente confirmada, ya que los resultados apoyan una mejora de la motivación para el cambio y cambios selectivos en estrategias adaptativas de afrontamiento, mientras que no se confirmó un descenso de señales tempranas de riesgo según la escala AWARE. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la intervención impacta con mayor claridad en variables motivacionales y en determinadas habilidades de autorregulación, aunque el efecto sobre indicadores tempranos de vulnerabilidad requiere evaluación adicional mediante seguimiento longitudinal y medidas complementarias en futuras investigaciones.

7.2.4 *Síntesis del objetivo global de la tesis*

Considerado en conjunto, el objetivo global de la tesis puede darse por alcanzado con cautelas, en la medida en que se han diseñado, implementado y evaluado tres intervenciones aplicadas, con resultados compatibles con mejoras en competencias profesionales, abordaje clínico del diagnóstico dual y prevención de recaídas en contexto penitenciario.

En primer lugar, la formación en entrevista motivacional se asocia con cambios compatibles con una mejora del estilo relacional y una reducción de prácticas no compatibles, aunque con heterogeneidad interindividual y necesidad de refuerzo mediante supervisión y medidas observacionales de fidelidad. Por su parte, la intervención en diagnóstico dual muestra un patrón convergente de utilidad clínica en consumo, sintomatología y convivencia, con cautelas derivadas del diseño aplicado. A su vez, el programa de prevención de recaídas se asocia con mejoras motivacionales (SOCRATES 8D) y con cambios selectivos hacia estrategias de afrontamiento adaptativas (Brief COPE), mientras que no se observaron cambios en señales tempranas de riesgo evaluadas con AWARE, lo que delimita el alcance del programa sobre este indicador y

refuerza la conveniencia de triangulación y seguimiento a medio plazo. En conjunto, los resultados sostienen una arquitectura de intervención escalonada por complejidad, coherente con un enfoque integrador en el que cada dispositivo incide sobre determinantes distintos del cambio y su combinación permite responder a necesidades heterogéneas en un entorno institucional restrictivo.

7.2.5 Principales aportaciones de la investigación desarrollada

La presente investigación aporta una arquitectura de intervención aplicable en centros penitenciarios que integra, de manera operativa, tres dispositivos con funciones complementarias. La formación en EM actúa como tecnología relacional transversal que incrementa la probabilidad de adherencia y reduce dinámicas confrontativas; la intervención en diagnóstico dual ofrece un encuadre clínico específico para los casos de mayor complejidad, y el PPR organiza habilidades y oportunidades para el control del riesgo. Esta complementariedad permite articular un marco integrador de intervención, clínicamente plausible, en el que las tres piezas se refuerzan funcionalmente en condiciones aplicadas, sin que ello implique demostrar una secuencia causal entre componentes. (Irvin et al., 1999; Larimer et al., 1999; Miller & Rollnick, 2013; SAMHSA, 2019).

En el plano teórico, la principal aportación es la articulación explícita entre Behaviour Change Wheel/COM-B y la lógica clínica de la prevención de recaídas. La investigación traduce determinantes proximales clásicos (situaciones de alto riesgo, afrontamiento, autoeficacia y toma de decisiones) a funciones de intervención y opciones de implementación, lo que mejora la trazabilidad entre objetivos, contenidos, mecanismos plausibles y evaluación. COM-B permite integrar, en una misma lectura, los cambios esperables en capacidad (habilidades clínicas y de afrontamiento), oportunidad (condiciones organizativas, tiempos protegidos, accesos y rutinas) y motivación (razones,

lenguaje de cambio y expectativas), reduciendo el riesgo de que el marco quede enunciado de forma nominal (Michie et al., 2011; Michie et al., 2014).

En el plano metodológico, el valor diferencial reside en proponer un conjunto de evaluación realista y clínicamente interpretable en condiciones de práctica ordinaria: motivación para el cambio, señales tempranas de recaída y estrategias de afrontamiento como indicadores proximales, junto con la recomendación de incorporar indicadores más objetivos y de continuidad asistencial cuando sea posible. La combinación de medidas como SOCRATES (motivación), AWARE (alertas tempranas) y Brief COPE (afrontamiento) permite triangular dimensiones relevantes para la prevención de recaídas sin depender de un único marcador y facilita identificar patrones diferenciales por módulos, incluyendo necesidades específicas en mujeres (Carver, 1997; Kelly et al., 2011; Miller & Tonigan, 1996; Morán et al., 2010).

En el plano formativo y organizativo, la aportación es doble. Primero, se concreta que la formación en EM debe orientarse a competencia observable y mantenimiento, no solo a adquisición inicial, porque la evidencia muestra que los talleres por sí solos mejoran conocimiento, pero el desempeño competente y su persistencia dependen de práctica deliberada, retroalimentación estructurada y supervisión, incluso en formatos breves y realistas (Ericsson, 2008; Moyers et al., 2016; Schwalbe et al., 2014). Segundo, se explicita que el impacto clínico es inseparable de condiciones de implementación: tiempos protegidos, coordinación estable, responsables definidos y revisión periódica de proceso. En contextos restrictivos, estos elementos no son accesorios, sino parte del mecanismo que hace viable la intervención y condiciona su exposición efectiva.

7.3 Limitaciones identificadas en las intervenciones

Las limitaciones identificadas no afectan de igual modo a los tres estudios, pero sí permiten reconocer un conjunto de restricciones transversales que condicionan la interpretación global de la tesis.

La investigación empírica se apoya en diseños aplicados en condiciones reales, lo que incrementa la validez ecológica, pero limita la inferencia causal. La ausencia de asignación aleatoria y el carácter unicéntrico obligan a interpretar los cambios como asociaciones compatibles con efecto de intervención, sin poder descartar completamente influencias concurrentes (historia, maduración, variaciones contextuales o efectos de medida). Esta restricción es especialmente relevante cuando se comparan módulos o se interpretan diferencias entre subgrupos, dado el riesgo de confusión por variables no controladas y por exposición desigual a contenidos.

La potencia estadística y la estabilidad de estimaciones se ven condicionadas por tamaños muestrales limitados, distribución desigual por sexo y variabilidad clínica. Este patrón reduce la capacidad para detectar efectos pequeños, incrementa la incertidumbre en resultados nulos o parciales y dificulta modelizar adecuadamente heterogeneidad interindividual. En el PPR la participación fue heterogénea, lo que puede modular el cambio observado y limita la comparación directa entre unidades. La medición se apoya principalmente en autoinformes, lo que incrementa el riesgo de sesgo de deseabilidad social y de varianza de método común, especialmente en contextos institucionales donde la autopresentación puede estar influida por expectativas percibidas. En formación en EM no se incorporó una medida observacional de fidelidad como MITI, lo que impide vincular con precisión los cambios observados a competencia técnica verificable y deja abierta la posibilidad de que parte del efecto refleje componentes inespecíficos del contacto clínico (Magill et al., 2018; Moyers et al., 2016).

En el programa de prevención de recaídas, la magnitud del efecto debe interpretarse con prudencia por dos razones. En primer lugar, la fiabilidad interna observada en algunas medidas, en particular en subescalas de SOCRATES 8D, fue inferior a la esperable, lo que incrementa el error de medida y puede atenuar o distorsionar las diferencias pre-post (Bertholet et al., 2009; Miller & Tonigan, 1996). En segundo lugar, la exposición efectiva al programa fue heterogénea entre participantes y módulos, debido a variaciones en asistencia, realización de tareas entre sesiones y estabilidad del grupo, lo que puede modular el cambio observado y limitar su comparación directa entre unidades. De forma convergente, el Brief COPE permite perfilar estilos de afrontamiento. No obstante, en la adaptación española COPE-28 se han descrito soluciones factoriales que no reproducen plenamente la estructura teórica original, y su evaluación se ha basado principalmente en análisis exploratorios. Por ello, cuando la consistencia interna de subescalas sea discreta, conviene interpretar los resultados como tendencias de afrontamiento y evitar inferencias excesivamente finas por subescala (Carver, 1997; Morán et al., 2010). En AWARE, aun siendo una medida validada para señales tempranas, el constructo captura riesgo proximal y no equivale a recaída consumada; por tanto, los resultados informan sobre alerta y autorregulación percibida, pero no sustituyen un criterio objetivo de recaída ni un seguimiento longitudinal suficiente (Kelly et al., 2011).

Finalmente, existen limitaciones de implementación con impacto directo en la exposición efectiva: rotaciones, carga asistencial, variabilidad del clima de unidad y restricciones de agenda pueden afectar fidelidad, continuidad y generalización. En diagnóstico dual, aunque se avanzó en coordinación clínica cuando procedía, persistieron limitaciones estructurales (recursos, tiempos y circuitos asistenciales) que condicionaron intensidad y continuidad, en línea con problemas descritos en dispositivos integrados para comorbilidad, donde la coordinación sostenida y la estabilidad organizativa son

condiciones necesarias para consolidar efectos (Kelly & Daley, 2013; SAMHSA, 2019). Además, en la propuesta terapéutica el componente cualitativo se apoya en registros clínicos estructurados y en documentación generada en el curso de la intervención. Este formato facilita la sistematización, pero puede infrarrepresentar matices relevantes si no quedaron recogidos por escrito y hace que el análisis dependa de decisiones de codificación e interpretación. En este sentido, el software se utilizó como soporte para gestión, recuperación y exploración del material, manteniéndose la interpretación como tarea analítica del investigador. Además, la propuesta terapéutica se desarrolló en un módulo compuesto únicamente por varones, lo que limita la extrapolación a otros perfiles y no permite explorar posibles diferencias por sexo en la respuesta. Por último, no se caracterizó de forma sistemática el papel de la farmacoterapia durante la intervención, de modo que los ajustes psicofarmacológicos pueden haber actuado como factor concurrente en la evolución clínica y conductual. Por ello, los hallazgos deben leerse como una reconstrucción analítica del proceso terapéutico, útil para describir patrones y contenidos de trabajo, pero con límites para estimar mecanismos específicos o atribuciones finas por componentes. De forma congruente, la evaluación se beneficia de integrar medidas complementarias y de reforzar la continuidad asistencial y los circuitos de coordinación para sostener la intervención y mejorar la robustez de la inferencia en fases posteriores.

7.4 Aplicabilidad, futuras investigaciones y recomendaciones prácticas

Las implicaciones derivadas de esta tesis se proyectan en dos direcciones complementarias: por un lado, en futuras líneas de investigación; por otro, en recomendaciones prácticas para la intervención y la organización asistencial en centros penitenciarios.

Eje 1. Evaluación de la efectividad en condiciones reales

Un diseño especialmente adecuado es el ensayo pragmático por conglomerados, donde la unidad de asignación es el módulo o una unidad funcional del centro (por ejemplo, módulo de mujeres, UTE o dispositivo de salud mental). Cada conglomerado podría recibir la intervención o la práctica habitual, lo que reduce la contaminación entre condiciones y respeta la organización cotidiana. La comunicación de estos estudios debería seguir la extensión CONSORT para ensayos por conglomerados (Campbell et al., 2012) y, cuando se utilicen diseños escalonados, las recomendaciones metodológicas para stepped-wedge (Hemming et al., 2015). Para reforzar la aplicabilidad del ensayo, resulta útil PRECIS-2, que permite valorar el grado de pragmatismo respecto a la práctica habitual (Loudon et al., 2015). El análisis debería ser multinivel, considerando el agrupamiento por módulos, y aplicarse bajo el principio de intención de tratar.

En la evaluación de resultados conviene establecer un conjunto básico de medidas aplicable a todos los módulos. Para motivación al cambio, la escala SOCRATES 8D permite estimar reconocimiento, ambivalencia y toma de pasos (Miller & Tonigan, 1996). No obstante, en poblaciones complejas y contextos institucionales, su funcionamiento puede no ajustarse a patrones estándar, por lo que resulta necesario verificar su rendimiento psicométrico en la muestra e interpretar los cambios con cautela. Para anticipar recaídas, la escala AWARE puede ayudar a detectar señales tempranas y ha mostrado utilidad predictiva en estudios de validación (Kelly et al., 2011). Sin embargo, dado que en el estudio del PPR no se observaron cambios significativos en AWARE, las futuras fases deben triangular este indicador con seguimiento longitudinal y con marcadores objetivos (incidencias registradas, derivaciones, continuidad asistencial tras la excarcelación). Para afrontamiento, la Brief COPE en su versión española permite describir estrategias relevantes para la prevención (Morán et al., 2010). En la formación

en EM, es recomendable complementar los autoinformes con codificación observacional en submuestras mediante el Motivational Interviewing Treatment Integrity code (MITI 4), para vincular la competencia técnica y relacional con resultados posteriores (Magill et al., 2018; Moyers et al., 2016).

Además, los estudios futuros deben incorporar seguimientos de 6 a 12 meses y analizar de forma específica el módulo de mujeres, dado que los datos apuntan a un aprovechamiento diferencial en afrontamiento y manejo del estrés.

Eje 2. Garantizar tiempos protegidos

La sostenibilidad de cualquier programa depende de la existencia de tiempos protegidos para intervención, coordinación y evaluación. Esto exige franjas horarias fijadas en los cuadrantes de trabajo, con respaldo organizativo y cobertura garantizada, de modo que no se sustituyan por otras tareas ni queden a criterio voluntario. Este componente organizativo condiciona la dosis, la fidelidad y la viabilidad real de las intervenciones, y debe considerarse un requisito estructural para su extensión a otros centros.

Eje 3. Formación metacognitiva de los profesionales

Un tercer reto es avanzar hacia una formación metacognitiva que permita autorregular y autocorregir el uso de la EM. La autoevaluación espontánea suele ser poco precisa si no se apoya en criterios externos y datos de desempeño, y la práctica puede desviarse sin mecanismos de contraste (Sargeant et al., 2010). En habilidades complejas como la entrevista motivacional, un taller aislado no es suficiente: la combinación de práctica deliberada, devoluciones estructuradas y tutorización produce una transferencia más estable a la práctica cotidiana (Ericsson, 2008; Magill et al., 2018; Miller et al., 2004; Moyers et al., 2016). En este marco, se propone un ciclo breve y repetido de trabajo

metacognitivo: definir un objetivo semanal, practicar en entrevistas reales o simuladas, revisar mediante grabaciones cortas y rúbricas, recibir comentarios guiados y fijar un micro-objetivo para la semana siguiente. Conviene incluir calibración externa periódica mediante MITI en submuestras, para anclar la autoevaluación a un estándar objetivo.

Finalmente, la implantación debe apoyarse en el marco Behaviour Change Wheel/COM-B, que permite seleccionar funciones de intervención viables en este contexto y definir indicadores de adopción, fidelidad, viabilidad y sostenibilidad (Michie et al., 2011; Proctor et al., 2011). Este enfoque facilita que las futuras fases respondan no solo a si los programas funcionan, sino también a cómo y en qué condiciones se mantienen los efectos.

7.5 Conclusiones generales

Este proyecto muestra que es posible diseñar, implantar y evaluar intervenciones psicológicas y formativas viables en centros penitenciarios españoles, con efectos clínicos y organizativos relevantes cuando se trabaja con objetivos operativos, tiempos protegidos y coordinación entre equipos. La integración de formación en entrevista motivacional, un programa de prevención de recaídas y una propuesta terapéutica para diagnóstico dual aporta una elevada validez ecológica en un contexto institucional restrictivo. A partir de los estudios presentados, es posible destacar ocho conclusiones.

Primera. La formación en entrevista motivacional aplicada a profesionales penitenciarios se asocia con una mayor alineación con prácticas compatibles con este enfoque, una reducción de estilos no compatibles y un aumento de la competencia percibida. La ausencia de codificación observacional sigue siendo una limitación relevante, pero al mismo tiempo delimita una vía clara de mejora para estimar con mayor precisión la calidad técnica del desempeño.

Segunda. La propuesta de intervención para diagnóstico dual ofrece señales de utilidad clínica en reducción de consumo autoinformado, alivio sintomático y mejora de la convivencia en el módulo de salud mental. La coordinación con el equipo médico y la disponibilidad de tratamiento farmacológico cuando procede aparecen como factores facilitadores, aunque las limitaciones organizativas condicionan la intensidad y continuidad del abordaje.

Tercera. El programa de prevención de recaídas se asocia con cambios favorables en variables proximales del proceso de recuperación, especialmente en motivación para el cambio y en estrategias de afrontamiento. En este último ámbito, el patrón observado es selectivo y se concentra en estrategias adaptativas concretas. La comparación entre módulos sugiere un aprovechamiento diferencial, con progresos más consistentes en el módulo de mujeres en afrontamiento y manejo del estrés, lo que apoya la conveniencia de adaptaciones sensibles al perfil.

Cuarta. El conjunto de intervenciones muestra una complementariedad funcional clara. La entrevista motivacional refuerza la relación profesional-usuario y puede facilitar adherencia y colaboración; la prevención de recaídas organiza habilidades y oportunidades para el control del riesgo; y la intervención en diagnóstico dual aporta un dispositivo operativo ante mayor complejidad clínica. Esta articulación permite sostener itinerarios asistenciales más estables dentro del centro.

Quinta. Las condiciones de aplicabilidad quedan definidas con precisión: tiempos protegidos en agenda, coordinación clínica estable y seguimiento mínimo de proceso. Sin estas garantías, la intervención y la fidelidad de implementación pueden verse comprometidas. Asimismo, la combinación entre competencia técnica y condiciones organizativas aparece como un elemento decisivo para sostener los efectos observados.

Sexta. El estudio ofrece un marco replicable para planificar, ejecutar y evaluar intervenciones en entornos restrictivos, integrando componentes clásicos de prevención de recaídas con decisiones de diseño e implementación orientadas por un eje de cambio conductual. Esta articulación facilita pasar de programas plausibles a dispositivos sostenibles, con métricas de proceso y resultados integrables en la gestión ordinaria.

Séptima. Las limitaciones se reconocen de forma explícita: diseños cuasiexperimentales, carácter unicentro, predominio de autoinforme, ausencia de codificación observacional en entrevista motivacional y seguimiento limitado. Estas restricciones no invalidan los hallazgos, pero obligan a interpretar con cautela la magnitud de los cambios y su persistencia, y señalan con claridad las prioridades metodológicas para futuras investigaciones.

Octava. En términos de transferencia, los resultados pueden considerarse aplicables a otros centros con perfiles similares siempre que se garanticen las condiciones de implementación descritas y se adopte una implantación gradual, con responsables definidos, indicadores sencillos de fidelidad y revisiones periódicas de los datos. En el módulo de mujeres, los hallazgos respaldan además la conveniencia de mantener adaptaciones específicas orientadas a consolidar el aprovechamiento diferencial observado.

En síntesis, esta investigación aporta evidencia aplicada, criterios de diseño y una agenda de mejora delimitada para consolidar cambios clínicos y organizativos en centros penitenciarios. El avance más relevante no se apoya en un único resultado, sino en la arquitectura conjunta del proyecto: un modo de formar, intervenir y evaluar ajustado a la realidad institucional, con una vía razonable para su ampliación y para una evaluación más rigurosa en fases posteriores.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, M., VanBenschoten, S. W., & Walters, S. T. (2008). Motivational interviewing training in criminal justice: Development of a model plan. *Federal Probation*, 72(2), 61-66.
- Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: Definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 211-217.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>
- American Group Psychotherapy Association. (s. f.). *Practice guidelines for group psychotherapy*. Recuperado <https://agpa.org/guidelines-ethics/practice-guidelines-for-group-psychotherapy/>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Anderson Publishing.
- Apodaca, T. R., & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*, 104(5), 705-715. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02527.x>
- ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2020). *ATLAS.ti (Version 9)* [Software]. <https://atlasti.com/>
- ATTC Network. (2018, noviembre 26). *Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency (MIA:STEP)*.

https://attcnetwork.org/products_and_resources/motivational-interviewing-assessment-supervisory-tools-for-enhancing-proficiency-miastep/

Auty, K. M., & Liebling, A. (2020). Exploring the relationship between prison social climate and recidivism. *Justice Quarterly*, 37(2), 358-381.

<https://doi.org/10.1080/07418825.2018.1538421>

Baer, J. S., Wells, E. A., Rosengren, D. B., Hartzler, B., Beadnell, B., & Dunn, C. (2009).

Agency context and tailored training in technology transfer: A pilot evaluation of motivational interviewing training for community counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 191-202. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.01.003>

Baillargeon, J., Hoge, S. K., & Penn, J. V. (2010). Addressing the challenge of community reentry among released inmates with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 46(3-4), 361-375. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9345-6>

Baker, T., Ray, J. V., & Nobles, M. R. (2025). Measuring people in prison's perceptions of correctional officer procedural justice. *Journal of Criminal Justice*, 99, 102459.

<https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2025.102459>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.

Baranyi, G., Fazel, S., Langerfeldt, J., & Mundt, A. P. (2022). The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(6), e557-e568.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00093-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00093-7)

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, M., & Siqueland, L. (2001).

Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on

Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 119-124. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.1.119>

Barwick, M. A., Bennett, L. M., Johnson, S. N., McGowan, J., & Moore, J. E. (2012).

Training health and mental health professionals in motivational interviewing: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34, 1786-1795.

<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.05.012>

Beaudry, G., Yu, R., Perry, A. E., & Fazel, S. (2021). Effectiveness of mental health interventions in prisons to reduce recidivism: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, 8(9), 759-773.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00170-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00170-X)

Beckman, M., Lindqvist, H., Öhman, L., Forsberg, L., Lundgren, T., & Ghaderi, A. (2022).

Correspondence between practitioners' self-assessment and independent motivational interviewing treatment integrity ratings. *Frontiers in Psychology*, 13, 890579.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.890579>

Bertholet, N., Dukes, K., Horton, N. J., Palfai, T. P., Pedley, A., & Saitz, R. (2009). Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 568-572. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.013>

Binswanger, I. A., Blatchford, P. J., Mueller, S. R., & Stern, M. F. (2013). Mortality after prison release: Opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Annals of Internal Medicine*, 159(9), 592-600.

<https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00005>

Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H.-J. (2021). Motivational interviewing: An evidence-based approach for use in medical practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(7), 109-115. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>

- Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P. L., & Finney, J. W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 87-97.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.022>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384-398. <https://doi.org/10.1037/pst0000173>
- Burlingame, G. M., Strauss, B., & Joyce, A. S. (2013). *Change mechanisms and effectiveness of small group treatments* (6th ed.). Wiley.
- Burrow-Sánchez, J. J., Corrales, C., & Totsky, J. (2019). Predictive validity of the SOCRATES in a clinical sample of Latina/o adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(2), 171-177. <https://doi.org/10.1037/adb0000432>
- Campbell, M. K., Piaggio, G., Elbourne, D. R., & Altman, D. G. (2012). CONSORT 2010 statement: Extension to cluster randomised trials. *BMJ*, 345, e5661.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e5661>
- Carpenter, K. M., Cheng, W. Y., Brooks, A. C., Amrhein, P. C., Wain, R. M., & Nunes, E. V. (2012). «Old dogs» and new skills: How clinician characteristics relate to motivational interviewing skills before, during, and after training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 560-573.

- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A., & Bobes, J. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones*, 23(1), 37-44. <https://doi.org/10.20882/adicciones.165>
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Villagrà, P., Hoffman, S., & Reinhard, I. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 135-144.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *JAMA*, 301(2), 183-190. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.976>
- Cobo, B., Castillo, E., López-Torrecillas, F., & Rueda, M. del M. (2021). Indirect questioning methods for sensitive survey questions: Modelling criminal behaviours among a prison population. *PLOS ONE*, 16(1), e0245550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245550>
- Constitución Española (art. 25.2) (1978).
- Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. (2014). *Groups: Process and practice* (9th ed.). Cengage Learning.

- Dacosta-Sánchez, D., González-Ponce, B. M., Fernández-Calderón, F., Sánchez-García, M., & Lozano, O. M. (2022). Retention in treatment and therapeutic adherence: How are these associated with therapeutic success? An analysis using real-world data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 31(4), e1929. <https://doi.org/10.1002/mpr.1929>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Darani, S. A., McMaster, R., Wolff, E., Bonato, S., Simpson, A. S., Glancy, G., Sandhu, K., & Quinn, J. (2023). Addressing the mental health needs of inmates through education for correctional officers—A narrative review. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 43(4), 247-253. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000484>
- Day, A., Casey, S., Vess, J., & Huisy, G. (2012). Assessing the therapeutic climate of prisons. *Criminal Justice and Behavior*, 39(2), 156-168. <https://doi.org/10.1177/0093854811430476>
- de Andrade, D., Ritchie, J., Rowlands, M., Mann, E., & Hides, L. (2018). Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 121-133. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxy004>
- Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Gisev, N., Farrell, M., Dobbins, T., Weatherburn, D. J., Gibson, A., Mattick, R., Butler, T., & Burns, L. (2014). The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: Retrospective data linkage study. *Addiction*, 109(8), 1306-1317. <https://doi.org/10.1111/add.12536>

- Díaz Mesa, E. M., García-Portilla, P., Sáiz, P. A., Bobes Bascarán, T., Casares, M. J., & Fonseca, E. (2010). Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*, 22(3), 513-519.
- Doerfler, L. A., Melle, D., McLaughlin, T., & Fisher, W. H. (2016). Do stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES) scores predict readmission to an inpatient substance abuse treatment program for adolescents? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25(6), 516-521.
<https://doi.org/10.1080/1067828X.2015.1111822>
- Doran, N., Hohman, M., & Koutsenok, I. (2013). Motivational interviewing training in juvenile corrections: A comparison of outside experts and internal trainers. *Legal and Criminological Psychology*, 18(2), 262-273. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.2011.02036.x>
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033351>
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105-118.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429>
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-138.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.011>

- Edwards, L., Kendall Jamieson, S., Bowman, J., Chang, S., Newton, J., & Sullivan, E. (2022). A systematic review of post-release programs for women exiting prison with substance-use disorders: Assessing current programs and weighing the evidence. *Health & Justice*, 10(1), Article-1. <https://doi.org/10.1186/s40352-021-00162-6>
- Enggist, S., Møller, L., Galea, G., & Udesen, C. (2014). *Prisons and health*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Ericsson, K. A. (2008). Deliberate practice and acquisition of expert performance: A general overview. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 988-994. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00227.x>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). *Health and social responses to drug problems: A European guide*. Publications Office of the European Union.
- European Union Drugs Agency. (2025). *European Drug Report 2025: Trends and developments*. Publications Office of the European Union.
- Favril, L., Rich, J. D., Hard, J., & Fazel, S. (2024). Mental and physical health morbidity among people in prisons: An umbrella review. *The Lancet Public Health*, 9(4), e250-e260. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00023-9)
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x>
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-1731. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19026254/>

- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>
- Fernández-Artamendi, S., Flórez Menéndez, G., Cortés-Tomás, M.-T., & Pascual Pastor, F. S. (2024). ¿Patología dual? Revisando la conceptualización de la comorbilidad en adicciones. *Adicciones*, 36(1), 3-10. <https://doi.org/10.20882/adicciones.2053>
- Fernández-Martín, F. D., Flores-Carmona, L., & Arco-Tirado, J. L. (2022). Coping strategies among undergraduates: Spanish adaptation and validation of the brief-COPE inventory. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 991-1003. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S356288>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodasch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, 67(6), 706-711. <https://doi.org/10.1037/cou0000424>
- Forsberg, L. G., Ernst, D., Sundqvist, K., & Farbring, C. Å. (2011). Motivational interviewing delivered by existing prison staff: A randomized controlled study of effectiveness on substance use after release. *Substance Use & Misuse*, 46(12), 1477-1485. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.591880>

- Friedman, M. (1937). The use of ranks to avoid the assumption of normality implicit in the analysis of variance. *Journal of the American Statistical Association*, 32(200), 675-701. <https://doi.org/10.2307/2279372>
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., Cheyne, H., Coles, E., & Pollock, A. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE*, 13(10), e0204890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
- Fu, S. S., Roth, C., Battaglia, C. T., Nelson, D. B., Farmer, M. M., Do, T., Goldstein, M. G., Widome, R., Hagedorn, H., & Zillich, A. J. (2015). Training primary care clinicians in motivational interviewing: A comparison of two models. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.007>
- Fundación de Educación para la Salud [FUNDADEPS]. (2020). *Manual de dinámicas de intervención en patología dual en drogodependencias en centros penitenciarios: Programa ActualizaT*. <https://fundadeps.org/recursos/manual-de-dinamicas-de-intervencion-para-la-humanizacion-en-patologia-dual-en-drogodependencias/>
- Fundación de Educación para la Salud [FUNDADEPS]. (2022). *Guía ActualizaT: Manual de dinámicas de intervención en patología dual en drogodependencias en centros penitenciarios*. https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2022/07/Guia-ActualizaTjun2022_4.pdf
- Garland, E. L., Manusov, E. G., Froeliger, B., Kelly, A., Williams, J. M., & Howard, M. O. (2014). Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse: Results from an early-stage randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 448-459. <https://doi.org/10.1037/a0035798>

Garrido, V., & Dorado, M. (2010). *Trastorno antisocial de la personalidad y adicciones*.

MRA Ediciones.

Ghosh, A., Pillai, R. R., Vij, J., Maulik, P. K., George, B. B., & Basu, D. (2025).

Understanding the active ingredients, barriers, and facilitators to implement brief psychological interventions for substance misuse in Indian prisons: A qualitative study.

Indian Journal of Psychiatry, 67(2), 236-244.

https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_634_24

Ghosh, A., Pillai, R. R., Vij, J., Nain, R., Shetty, D., Maulik, P. K., & Basu, D. (2024).

Substance use in the correctional settings: A qualitative exploration of individual and contextual characteristics and intervention strategies using the behavior change wheel framework. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 158, 209257.

<https://doi.org/10.1016/j.josat.2023.209257>

Gobeil, R., Blanchette, K., & Stewart, L. (2016). A meta-analytic review of correctional interventions for women offenders: Gender-neutral versus gender-informed approaches.

Criminal Justice and Behavior, 43(3), 301-322.

<https://doi.org/10.1177/0093854815621100>

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction:

Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(11), 652-669. <https://doi.org/10.1038/nrn3119>

Grella, C. E., & Greenwell, L. (2007). Treatment needs and completion of community-based

aftercare among substance-abusing women offenders. *Women's Health Issues*, 17(4),

244-255. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.11.005>

- Hall, K., Staiger, P. K., Simpson, A., Best, D., & Lubman, D. I. (2016). After 30 years of dissemination, have we achieved sustained practice change in motivational interviewing? *Addiction*, *111*(7), 1144-1150. <https://doi.org/10.1111/add.13014>
- Hartung, D. M., McCracken, C. M., Nguyen, T., Kempany, K., & Waddell, E. N. (2023). Fatal and non-fatal opioid overdose risk following release from prison: A retrospective cohort study using linked administrative data. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, *147*, 208971. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2023.208971>
- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, *16*(5), 235-246. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(91\)90016-B](https://doi.org/10.1016/0306-4603(91)90016-B)
- Hemming, K., Haines, T. P., Chilton, P. J., Girling, A. J., & Lilford, R. J. (2015). The stepped wedge cluster randomised trial: Rationale, design, analysis, and reporting. *BMJ*, *350*, h391. <https://doi.org/10.1136/bmj.h391>
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Addiction*, *106*(6), 1006-1017. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03369.x>
- Hildebrand, M., Wibbelink, C. J. M., & Verschuere, B. (2018). Do impression management and self-deception distort self-report measures with content of dynamic risk factors in offender samples? A meta-analytic review. *International Journal of Law and Psychiatry*, *58*, 157-170. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.013>
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W., & Michie, S. (2014). Better reporting of

- interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
- Holmes, S. E., & Kivlighan, D. M. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 478-484. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.478>
- Huynh, H., & Feldt, L. S. (1976). Estimation of the Box correction for degrees of freedom from sample data in randomized block and split-plot designs. *Journal of Educational Statistics*, 1(1), 69-82. <https://doi.org/10.2307/1164736>
- Iarussi, M. M., & Powers, D. F. (2018). Outcomes of motivational interviewing training with probation and parole officers: Findings and lessons learned. *Federal Probation*, 82(3), 28-35.
- IBM Corp. (2021). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 28.0)* [Software]. <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.563>
- Jordan, A. E., Kashino, W., Suhartono, S., Campello, G., & Busse, A. (2023). A Systematic Review and Narrative Synthesis of Interventions to Address Substance Use Disorders and Other Mental Health Disorders in Prison Settings With a Focus on Low- and Middle-Income Countries. *Criminal Justice and Behavior*, 50(6), 787-805. <https://doi.org/10.1177/00938548231166155>
- Kadi, M., Bourion-Bédès, S., Bisch, M., & Baumann, C. (2023). A structural validation of the brief COPE scale among outpatients with alcohol and opioid use disorders.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(3), 2695.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20032695>

Kelly, J. F., Abry, A., Ferri, M., & Humphreys, K. (2020). Alcoholics Anonymous and 12-step facilitation treatments for alcohol use disorder: A distillation of a 2020 Cochrane review for clinicians and policy makers. *Alcohol and Alcoholism*, 55(6), 641-651.

<https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa050>

Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., Urbanoski, K. A., & Slaymaker, V. (2011). Predicting relapse among young adults: Psychometric validation of the advanced warning of relapse (AWARE) scale. *Addictive Behaviors*, 36(10), 987-993.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.05.013>

Kelly, T. M., & Daley, D. C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 388-406.

<https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774673>

Kennealy, P. J., Skeem, J. L., Manchak, S. M., & Loudon, J. E. (2012). Firm, fair, and caring officer-offender relationships protect against supervision failure. *Law and Human Behavior*, 36(6), 496-505. <https://doi.org/10.1037/h0093935>

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17-31. <https://doi.org/10.1037/h0080151>

Khodayarifard, M., Shokoohi-Yekta, M., & Hamot, G. (2010). Effects of individual and group cognitive-behavioral therapy for male prisoners in Iran. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 743-755.

<https://doi.org/10.1177/0306624X09344840>

- Kinner, S. A., & Young, J. T. (2018). Understanding and improving the health of people who experience incarceration: An overview and synthesis. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 4-11. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx018>
- Kolb, D. A., & Kolb, A. Y. (2009). *Experiential learning theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education and development*. SAGE.
<https://doi.org/10.4135/9780857021038.n3>
- Komalasari, R., Wilson, S., & Haw, S. (2021). A systematic review of qualitative evidence on barriers to and facilitators of the implementation of opioid agonist treatment programmes in prisons. *International Journal of Drug Policy*, 87, 102978.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102978>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583-621.
<https://doi.org/10.1080/01621459.1952.10483441>

- Kuusisto, K., & Lintonen, T. (2020). Factors predicting satisfaction in outpatient substance abuse treatment: A prospective follow-up study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00275-5>
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151-160.
- Leese, M., Thomas, S., & Snow, L. (2006). An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 355-360. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.10.004>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (2002).
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (1979).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (2018).
- Lipsey, M. W., & Landenberger, N. A. (2006). *Cognitive-behavioral programs for juvenile and adult offenders: A meta-analysis of controlled intervention studies (Protocol)*. Vanderbilt Institute for Public Policy Studies.
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews*, 3(1), 1-27. <https://doi.org/10.4073/csr.2007.6>
- Loudon, K., Treweek, S., Sullivan, F., Donnan, P., Thorpe, K. E., & Zwarenstein, M. (2015). The PRECIS-2 tool: Designing trials that are fit for purpose. *BMJ*, 350, h2147. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2147>

- Lukasiewicz, M., Falissard, B., & Michel, L. (2007). Prevalence and factors associated with alcohol- and drug-related disorders in prison: A French national study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-1>
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245. <https://doi.org/10.1002/jclp.20638>
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157-168. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160. <https://doi.org/10.1177/1049731509347850>
- Macdonald, C., Macpherson, G., Leppan, O., Tran, L. T., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Grebely, J., Farrell, M., Altice, F. L., & Degenhardt, L. (2024). Interventions to reduce harms related to drug use among people who experience incarceration: Systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 9(9), e684-e699. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00160-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00160-9)
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E. F., Tonigan, J. S., & Moyers, T. B. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 140-157. <https://doi.org/10.1037/ccp0000250>

- Magill, M., Kiluk, B. D., & Ray, L. A. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy for alcohol and other drug use disorders: Is a one-size-fits-all approach appropriate? *Substance Abuse and Rehabilitation, 14*, 1-11. <https://doi.org/10.2147/SAR.S362864>
- Magill, M., Martino, S., & Wampold, B. E. (2020). The process of skills training: A content analysis of evidence-based addiction therapies. *Journal of Substance Abuse Treatment, 116*. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108063>
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(6), 811-831. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.811>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Martino, S., Carroll, K. M., Kostas, D., Perkins, J., & Rounsaville, B. J. (2002). Dual diagnosis motivational interviewing: A modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*(4), 297-308. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00295-7](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00295-7)
- Mauchly, J. W. (1940). Significance test for sphericity of a normal n-variate distribution. *The Annals of Mathematical Statistics, 11*(2), 204-209. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177731915>
- McKay, J. R. (2017). Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction, 112*(5), 751-757. <https://doi.org/10.1111/add.13502>
- McKay, J. R. (2021). Impact of continuing care on recovery from substance use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews, 41*(1), 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01>

- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
<https://doi.org/10.1097/00005053-198001000-00006>
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14(1), 83-100.
<https://doi.org/10.1348/135532508X278326>
- Melemis, S. M. (2015). Relapse prevention and the five rules of recovery. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 325-332.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553654>
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The Behaviour Change Wheel: A guide to designing interventions*. Silverback Publishing.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81-95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147-172.
- Miller, W. R., & Harris, R. J. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(5), 759-765. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.759>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050-1062. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1050>
- Mitchell, O., Wilson, D. B., & MacKenzie, D. L. (2012). The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), 1-75. <https://doi.org/10.4073/csr.2012.18>
- Moore, M., Flamez, B., & Szirony, M. (2018). Motivational interviewing and dual diagnosis clients: Enhancing self-efficacy and treatment completion. *Journal of Substance Use*, 23(3), 247-253. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1388856>
- Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-2.capv>

- Moyers, T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(Suppl. 3), 40S-47S.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00492.x>
- Moyers, T. B., Rowell, L. N., Manuel, J. K., Ernst, D., & Houck, J. M. (2016). The motivational interviewing treatment integrity code (MITI 4): Rationale, preliminary reliability and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 36-42.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.001>
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). National Institutes of Health.
<https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). National Institutes of Health.
<https://nida.nih.gov/sites/default/files/podat-3rdEd-508.pdf>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Trastornos y afecciones que ocurren al mismo tiempo*. <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/trastornos-y-afecciones-que-ocurren-al-mismo-tiempo>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias (ESDIP 2022): Resumen ejecutivo*. Ministerio de Sanidad.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias (ESDIP) 2022*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.

- Pagerols, M., Valero, S., Dueñas, L., Bosch, R., & Casas, M. (2023). Psychiatric disorders and comorbidity in a Spanish sample of prisoners at the end of their sentence: Prevalence rates and associations with criminal history. *Frontiers in Psychology, 13*, 1039099. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1039099>
- Perry, A. E., Martyn-St James, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J. M., & Woodhouse, R. (2019). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019*(10), CD010901. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010901.pub3>
- Peters, R. H., Wexler, H. K., & Lurigio, A. J. (2015). Co-occurring substance use and mental disorders in the criminal justice system: A new frontier of clinical practice and research. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 38*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1037/prj0000135>
- Pinto e Silva, T., Gouveia, C., Santirso, F. A., Cunha, O., & Caridade, S. (2025). Effectiveness of motivational interviewing with justice-involved people: A systematic review and meta-analysis. *Psychosocial Intervention, 34*(2), 89-102. <https://doi.org/10.5093/pi2025a8>
- Platt, J. J. (1995). Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychological Bulletin, 117*(3), 416-433. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.416>
- Power, J., Smith, H., & Brown, S. L. (2021). The brief COPE: A factorial structure for incarcerated adults. *Criminal Justice Studies, 34*(2), 215-234. <https://doi.org/10.1080/1478601X.2020.1827589>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Randall, C., & McNeil, D. (2017). Motivational interviewing as an adjunct to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A critical review of the literature. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 296-311. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.05.003>
- Rebbapragada, N., Furtado, V., & Hawker-Bond, G. W. (2021). Prevalence of mental disorders in prisons in the UK: A systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 7(1), S283-S284. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.755>
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (2016).
- Regulation (EU) 2023/1322 of 27 June 2023 on the European Union Drugs Agency (EUDA) and repealing Regulation (EC) No 1920/2006 (2023). <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2023/1322/oj/eng>
- Roos, C. R., Maisto, S. A., & Witkiewitz, K. (2017). Coping mediates the effects of cognitive-behavioral therapy for alcohol use disorder among out-patient clients in Project MATCH when dependence severity is high. *Addiction*, 112(9), 1547-1557. <https://doi.org/10.1111/add.13841>

- Roos, C. R., & Witkiewitz, K. (2016). Adding tools to the toolbox: The role of coping repertoire in alcohol treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(7), 599-611. <https://doi.org/10.1037/ccp0000102>
- Russell, C., Nafeh, F., Pang, M., MacDonald, S. F., Derkzen, D., Rehm, J., & Fischer, B. (2022). Opioid agonist treatment (OAT) experiences and release plans among federally incarcerated individuals with opioid use disorder (OUD) in Ontario, Canada: A mixed-methods study. *BMC Public Health*, 22, 436. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12685-0>
- Sacks, S., Chaple, M., Sacks, J. Y., McKendrick, K., & Cleland, C. M. (2012). Randomized trial of a reentry modified therapeutic community for offenders with co-occurring disorders: Crime outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 247-259. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.07.011>
- Sacks, S., Sacks, J. Y., De Leon, G., Bernhardt, A. I., & Staines, G. L. (1997). Modified therapeutic community for mentally ill chemical «abusers»: Background, influences, program description, preliminary findings. *Substance Use & Misuse*, 32(9), 1217-1259. <https://doi.org/10.3109/10826089709035472>
- Saitz, R. (2005). Unhealthy alcohol use. *The New England Journal of Medicine*, 352(6), 596-607. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp042262>
- Salisbury, E. J., & Crawford, A. (2025). Gender-responsive treatment to improve outcomes for women and girls in correctional settings: Foundations, limitations and innovations. *Health & Justice*, 13, 11. <https://doi.org/10.1186/s40352-025-00316-w>
- Sargeant, J., Mann, K., van der Vleuten, C., & Metsemakers, J. (2010). The processes and dimensions of informed self-assessment: A conceptual model. *Academic Medicine*, 85(7), 1212-1220. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d85a4e>

- Scheffé, H. (1953). A method for judging all contrasts in the analysis of variance. *Biometrika*, 40(1-2), 87-104. <https://doi.org/10.1093/biomet/40.1-2.87>
- Schwalbe, C. S., Oh, H. Y., & Zweben, A. (2014). Sustaining motivational interviewing: A meta-analysis of training studies. *Addiction*, 109(8), 1287-1294. <https://doi.org/10.1111/add.12558>
- Schwenker, R., Dietrich, C. E., Hirpa, S., Nothacker, M., Smedslund, G., Frese, T., & Unverzagt, S. (2023). Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub3>
- Scott, C., Lewis, C., & McDermott, B. (2006). Dual diagnosis among incarcerated populations: Exception or rule? *Journal of Dual Diagnosis*, 3(1), 33-58. https://doi.org/10.1300/J374v03n01_05
- Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3-4), 591-611. <https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591>
- Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Elmquist, J., Brem, M., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 36(3), 151-157. <https://doi.org/10.1080/10550887.2017.1302661>
- Sijtsma, K. (2009). On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>
- Simpson, A. I. F., Gerritsen, C., Maheandiran, M., Adamo, V., Vogel, T., Fulham, L., Kitt, T., Forrester, A., & Jones, R. M. (2022). A systematic review of reviews of correctional

- mental health services using the STAIR framework. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 747202. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.747202>
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 105-130. <https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>
- Sosnowski, D. W., Feder, K. A., Astemborski, J., Genberg, B. L., Johnson, S. B., Sun, J., Maher, B. S., Musci, R. J., Mehta, S. H., & Kirk, G. D. (2025). Coping strategy as a predictor of illicit drug use among persons who inject drugs. *Psychology of Addictive Behaviors*. <https://doi.org/10.1037/adb0001114>
- Springer, S. A., Chen, S., & Altice, F. L. (2010). Improved HIV and substance abuse treatment outcomes for released HIV-infected prisoners: The impact of buprenorphine treatment. *Journal of Urban Health*, 87(4), 592-602. <https://doi.org/10.1007/s11524-010-9438-4>
- Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30-47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Stewart, L., & Wilton, G. (2014). Correctional outcomes of offenders with mental disorders. *Criminal Justice Studies*, 27, 63-81. <https://doi.org/10.1080/1478601X.2013.873205>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019a). *Enhancing motivation for change in substance use disorder treatment (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series 35)*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/tip-35-pep19-02-01-003.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019b). *Integrated treatment for co-occurring disorders: Building your program*. U.S. Department of Health and Human Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019c). *Integrated treatment for co-occurring disorders: Evidence-based practices (EBP) KIT*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

<https://library.samhsa.gov/sites/default/files/ebp-kit-the-evidence-10242019.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series No. 42)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571020/>

Summers, R., Pemberton, S., & Long, J. (2025). Examining the effectiveness of interventions for criminal justice-involved women: A meta-analytic review. *Criminal Justice and Behavior*, 52(5), 690-715. <https://doi.org/10.1177/00938548241304753>

Swanson, A. J., Pantalon, M. V., & Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(10), 630-635. <https://doi.org/10.1097/00005053-199910000-00007>

Taxman, F. S., & Thanner, M. (2006). Risk, need, and responsivity (RNR): It all depends. *Crime & Delinquency*, 52(1), 28-51. <https://doi.org/10.1177/0011128705281754>

Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo-Salvany, A. (2017). Dual diagnosis: A European perspective. *Adicciones*, 29(1), 3-5.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023*. United Nations publication. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>

United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization. (2020).

International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing. United Nations Office on Drugs and Crime.

Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.013>

Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, Á., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R., & Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. <https://doi.org/10.1002/cbm.815>

Walters, S. T., Alexander, M., & Vader, A. M. (2008). The Officer Responses Questionnaire: A procedure for measuring reflective listening in probation and parole settings. *Federal Probation*, 72(2), 67-70.

Walters, S. T., Vader, A. M., Nguyen, N., Harris, T. R., & Eells, J. (2010). Motivational interviewing as a supervision strategy in probation: A randomized effectiveness trial. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49(5), 309-323. <https://doi.org/10.1080/10509674.2010.489455>

Wang, E. A., White, M. C., Jamison, R., Goldenson, J., Estes, M., & Tulskey, J. P. (2008). Discharge planning and continuity of health care: Findings from the San Francisco County Jail. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2182-2184. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119669>

- Wexler, H. K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). Three-year reincarceration outcomes for Amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *The Prison Journal*, 79(3), 321-336. <https://doi.org/10.1177/0032885599079003003>
- Wilcoxon, F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics Bulletin*, 1(6), 80-83. <https://doi.org/10.2307/3001968>
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- Wolff, N., Huening, J., Shi, J., & Frueh, B. C. (2014). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder among incarcerated men. *Journal of Urban Health*, 91(4), 707-719. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9871-x>
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse11>
- World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing*. World Health Organization.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.
- Yang, Y., Gray, J., Joe, G. W., Flynn, P. M., & Knight, K. (2019). Treatment retention, satisfaction, and therapeutic progress for justice-involved individuals referred to

community-based medication-assisted treatment. *Substance Use & Misuse*, 54(9), 1461-1474. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1586949>

Young, J., Heffernan, E., Borschmann, R., Ogloff, J. R. P., Spittal, M., & Kouyoumdjian, F. (2018). Dual diagnosis of mental illness and substance use disorder and injury in adults recently released from prison: A prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(5), e237-e238. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30052-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30052-5)

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1: Cuestionario de Evaluación Inicial¹

Datos del Interno

- Nombre:
- Edad:
- Consumo de Sustancias:
- Duración de la Pena Pendiente:
- Apoyo Familiar/Social:
- Tratamiento Farmacológico:

Descripción del Caso

En el año, (Nombre del Interno), de años, se encontraba cumpliendo una pena de prisión de años debido a su adicción a

Durante este período, experimentó. Estaba recibiendo tratamiento para:

Evaluación de Áreas Específicas

Por favor, califique cada una de las siguientes áreas en una escala del 1 al 9, donde 1 es nada problemático y 9 "muy grave".

Elemento	Puntuación
Alcohol	
Drogas	
Médica	

¹ Cuestionario AdHoc. (Elaboración Propia)

Elemento	Puntuación
Legal	
Empleo	
Psicología	
Social	
Valor Medio	

Firma del Evaluador:

Fecha:

Este cuestionario está diseñado para obtener una evaluación inicial rápida y concisa del estado de los internos, facilitando la planificación de su tratamiento y apoyo.

Justificación del cuestionario de evaluación inicial

El Cuestionario de Evaluación Inicial para Internos Ad hoc se diseñó para apoyar una valoración clínica estructurada y replicable en personas con diagnóstico dual en situación de privación de libertad, con el fin de identificar áreas problemáticas prioritarias y facilitar la planificación de intervenciones ajustadas a necesidades clínicas y funcionales. Su estructura se inspira en la lógica multidimensional del Addiction Severity Index (ASI), que organiza la evaluación en dominios clínicamente relevantes (salud médica, alcohol/drogas, situación laboral/recursos, situación legal, funcionamiento familiar/social y estado psiquiátrico) y utiliza valoraciones de severidad por áreas para orientar la toma de decisiones (McLellan et al., 1980; McLellan et al., 1992). En este anexo, la escala 1–9 se emplea como estimación ordinal de gravedad percibida por dominio, manteniendo la lógica del ASI (severidad por áreas), pero como medida aplicada

de priorización clínica, no como sustituto de la puntuación estandarizada del ASI (McLellan et al., 1992).

Principio de Reducción

La reducción del consumo de sustancias, la reducción de la conflictividad y la mejora de la sintomatología psicológica negativa constituyen objetivos clínicos centrales en el trabajo con diagnóstico dual en contextos aplicados. La literatura subraya que los abordajes eficaces en trastornos por consumo requieren planes integrados y continuados, combinando intervenciones psicosociales basadas en evidencia y, cuando procede, tratamiento farmacológico, con evaluación clínica sistemática y ajuste del plan según evolución (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2018). En población penitenciaria, la prevalencia de trastornos por consumo es elevada, lo que refuerza la necesidad de herramientas estructuradas para ordenar prioridades de intervención desde el inicio (Fazel et al., 2006).

Justificación de las áreas de evaluación en situación de privación de libertad

1. Alcohol y Drogas

En contexto penitenciario, el consumo de sustancias puede persistir de forma clandestina y relacionarse con inestabilidad clínica, conductual y relacional. Su evaluación inicial es necesaria para priorizar objetivos terapéuticos, orientar estrategias de reducción de daños/abstinencia y planificar seguimiento, en coherencia con recomendaciones de guías basadas en evidencia sobre evaluación y tratamiento de la adicción (NIDA, 2018). Asimismo, la alta carga de trastornos por consumo descrita en revisiones sistemáticas en población penitenciaria respalda la pertinencia de este dominio como núcleo de la valoración inicial (Fazel et al., 2006).

2. Médica

La salud física se integra porque condiciona curso clínico, adherencia y seguridad del tratamiento. En evaluación inicial, es relevante detectar comorbilidad médica y consumo de alcohol/sustancias asociado a complicaciones somáticas, dado que el manejo clínico eficaz exige integrar salud física y salud mental en la planificación terapéutica (Saitz, 2005). En contextos con accesibilidad asistencial variable, la coordinación entre atención médica y tratamiento de adicciones es un determinante práctico del éxito asistencial (Saitz, 2005).

3. Legal

La dimensión legal se incorpora para describir cómo la historia de consumo se relaciona con patrones delictivos y con necesidades de intervención específicas (p. ej., objetivos de cambio, factores de riesgo, continuidad de cuidados). En este contexto, la utilidad principal del dominio legal es clínica y funcional: aporta información para modular la intervención y anticipar barreras, sin atribuir causalidad simple entre consumo y delito (Fazel et al., 2006).

4. Empleo

La capacidad de acceder y sostener empleo (y habilidades asociadas) se considera un indicador funcional relevante. La evidencia clásica sobre rehabilitación vocacional en adicciones describe asociaciones consistentes entre empleo/rehabilitación y mejores trayectorias clínicas, por lo que su evaluación inicial permite orientar objetivos realistas y necesidades de capacitación (Platt, 1995). En privación de libertad, este dominio ayuda a planificar intervenciones formativas y de preparación para la reintegración (Platt, 1995).

5. Psicología/comorbilidad psiquiátrica

La comorbilidad entre trastornos mentales y trastornos adictivos es frecuente y tiene implicaciones directas para la planificación asistencial, el uso de recursos y la continuidad de cuidados. La evidencia epidemiológica muestra alta prevalencia de coocurrencia y apoya la evaluación sistemática de sintomatología psiquiátrica relevante en la valoración inicial. En consecuencia, este dominio se incorpora como área prioritaria para identificar necesidades de derivación, intervención integrada o ajustes del plan terapéutico (Kessler et al., 1996).

6. Social

El apoyo social y familiar se incluye por su asociación con evolución clínica y riesgo de recaída, y por su papel en la planificación del tratamiento y la continuidad. Estudios clásicos muestran que el apoyo social se relaciona con recaída y mantenimiento del cambio en diferentes adicciones, justificando su evaluación estructurada (Havassy et al., 1991). En privación de libertad, este dominio orienta decisiones prácticas sobre comunicación, soporte y objetivos de intervención relacional (Havassy et al., 1991).

Fundamentación de las Preguntas del Cuestionario

El cuestionario incluye preguntas paralelas para cada dominio, utilizando una escala de 1 (nada problemático) a 9 (muy grave) para estimar la gravedad percibida por el interno. Esta lógica es coherente con el enfoque del ASI, que emplea valoraciones de severidad por áreas para priorizar intervención y seguimiento (McLellan et al., 1980; McLellan et al., 1992). La estandarización del formato por dominios facilita la comparación entre sujetos y el seguimiento longitudinal dentro del programa, siempre

interpretando las puntuaciones como indicadores ordinales de priorización clínica y no como sustitutos de una entrevista diagnóstica completa (McLellan et al., 1992).

1. Alcohol y Drogas:

- **Pregunta:** Por favor califique el grado de problema que representa el consumo de alcohol y drogas en su vida.
- **Escala:** 1 (nada problemático) a 9 (muy grave)
- **Fundamentación:** La escala permite evaluar la percepción del interno sobre la severidad de su consumo de sustancias, lo cual es crucial para diseñar intervenciones efectivas (McLellan et al., 1980; McLellan et al., 1992; NIDA, 2018).

2. Médica:

- **Pregunta:** Por favor califique el grado de problema que representan sus condiciones médicas actuales.
- **Escala:** 1 (nada problemático) a 9 (muy grave)
- **Fundamentación:** La evaluación de la salud física es esencial para integrar el tratamiento médico con las intervenciones de salud mental y adicciones (Saitz, 2005).

3. Legal:

- **Pregunta:** Por favor califique el grado de problema que representan sus problemas legales actuales.
- **Escala:** 1 (nada problemático) a 9 (muy grave)
- **Fundamentación:** Esta evaluación ayuda a describir y priorizar necesidades vinculadas al área legal para modular la intervención en un contexto aplicado (Fazel et al., 2006).

4. Empleo:

- **Pregunta:** Por favor califique el grado de problema que representa su situación de empleo actual.
- **Escala:** 1 (nada problemático) a 9 (muy grave)
- **Fundamentación:** Evaluar la capacidad de empleo permite identificar necesidades de capacitación y formación profesional que pueden ser abordadas durante el encarcelamiento (Platt, 1995).

5. Psicología:

- **Pregunta:** Por favor califique el grado de problema que representan sus problemas psicológicos actuales.
- **Escala:** 1 (nada problemático) a 9 (muy grave)
- **Fundamentación:** Evaluar el estado psicológico es fundamental para identificar trastornos concurrentes y proporcionar el tratamiento adecuado (Kessler et al., 1996).

6. Social:

- **Pregunta:** Por favor califique el grado de problema que representa su situación social y apoyo familiar.
- **Escala:** 1 (nada problemático) a 9 (muy grave)
- **Fundamentación:** Evaluar el apoyo social y familiar ayuda a diseñar intervenciones que fortalezcan las redes de apoyo del interno, lo cual es vital para su rehabilitación (Havassy et al., 1991).

9.2 Anexo 2: Registro de sesiones individuales

Sesión (número de sesión):

Tema de la sesión:

Fecha de sesión:

Duración:

Necesidades particulares abordadas:

Desarrollo de la alianza terapéutica:

Aspectos personales explorados:

Técnicas de entrevista motivacional utilizadas:

Observaciones del terapeuta:

Feedback del participante:

Notas adicionales:

Instrucciones para la sesión individual

Tema de la sesión: Describa brevemente el tema principal de la sesión.

Fecha de sesión: Registre la fecha específica en que se realizó la sesión.

Duración: Indique la duración total de la sesión en minutos.

Necesidades particulares abordadas: Detalle las necesidades específicas trabajadas durante la sesión.

Desarrollo de la alianza terapéutica: Describa las acciones realizadas para consolidar la alianza terapéutica, incluyendo la construcción de confianza y la negociación de objetivos.

Aspectos personales explorados: Registre los aspectos personales relevantes explorados (p. ej., historia de consumo, salud mental, relaciones significativas, fuentes de apoyo).

Técnicas de entrevista motivacional utilizadas: Indique las estrategias utilizadas (p. ej., escucha reflexiva, afirmaciones, preguntas abiertas, resumen y exploración de ambivalencia).

Observaciones del terapeuta: Anote observaciones clínicas relevantes sobre conducta, afecto, cooperación, resistencias y cambios durante la sesión.

Feedback del participante: Registre la valoración del participante sobre la sesión y los acuerdos alcanzados.

Notas adicionales: Añada información relevante para el seguimiento (p. ej., tareas, plan para próxima sesión, coordinación con el equipo).

Fundamentación con evidencias académicas para este cuestionario

Entrevista motivacional: La EM es un estilo de comunicación colaborativo y centrado en la persona, orientado a fortalecer la motivación y el compromiso con el cambio mediante la exploración y resolución de la ambivalencia. Su empleo como estructura de la entrevista individual facilita una conducción consistente y permite documentar procesos clínicos clave de cambio (Miller & Rollnick, 2013; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2019).

Adherencia y continuidad: Las intervenciones motivacionales breves se han relacionado con mejoras en la adherencia a tratamiento ambulatorio en pacientes psiquiátricos y con diagnóstico dual. Por ello, la hoja de entrevista incluye un apartado específico para técnicas utilizadas y acuerdos alcanzados, facilitando el seguimiento longitudinal (Swanson et al., 1999).

Técnicas y proceso de cambio: La documentación explícita de técnicas (p. ej., escucha reflexiva, resúmenes, evocación del lenguaje de cambio) y del feedback del participante mejora la coherencia de la intervención, apoya la supervisión y permite replicar la dosis comunicacional aplicada en cada sesión (Bischof et al., 2021; Miller & Rollnick, 2013).

Intervención integrada en diagnóstico dual: En personas con trastornos concurrentes, los enfoques integrados que combinan componentes de salud mental y consumo de sustancias se consideran preferibles a modelos no integrados. Este registro de entrevista individual se plantea como componente de esa integración, al recoger simultáneamente objetivos, necesidades y evolución en ambos ejes (SAMHSA, 2019).

9.3 Anexo 3: Registro de Sesiones de Grupo

Este instrumento se utiliza para registrar de manera sistemática la información relevante de cada sesión grupal, con el fin de favorecer la trazabilidad del proceso, la evaluación formativa y la planificación de acciones posteriores. La estructura se apoya en recomendaciones de buenas prácticas en psicoterapia de grupo y en la evidencia sobre la relevancia de variables grupales como la cohesión y la participación.

Cuestionario

Sesión: (Título de la sesión)

Fecha: (Fecha específica)

Participantes: (Número de participantes)

Objetivo de la sesión: (Objetivo principal de la sesión)

Descripción general:

Contenido: (Resumen del contenido tratado en la sesión)

Metodologías: (Descripción de las metodologías utilizadas)

Dinámicas observadas:

Ambiente: (Descripción del ambiente general de la sesión)

Interacciones: (Descripción de las interacciones entre los participantes)

Participación de los participantes:

Comentarios positivos: (Comentarios positivos destacados)

Comentarios negativos: (Comentarios negativos destacados)

Eventos significativos: (Descripción de los eventos o situaciones más relevantes ocurridas durante la sesión)

Feedback de los participantes:

Sugerencias: (Sugerencias y peticiones de los participantes)

Preguntas: (Preguntas realizadas por los participantes)

Observaciones del terapeuta: (Reflexiones y observaciones clínicas sobre la sesión)

Plan de acción: (Acciones a seguir basadas en las observaciones y el feedback)

Fundamentación breve

El registro sistemático de cada sesión permite describir el contenido trabajado, monitorizar la participación y documentar eventos clínicamente relevantes. Esta información mejora la continuidad asistencial y facilita la toma de decisiones entre sesiones, especialmente cuando se trabaja con programas estructurados y secuenciados en contextos aplicados (American Group Psychotherapy Association (AGPA), n.d.; Corey et al., 2014; Yalom & Leszcz, 2005).

En particular, el seguimiento de la cohesión y del clima grupal es pertinente porque la cohesión se asocia de forma consistente con los resultados en psicoterapia de grupo, y su monitorización orienta ajustes terapéuticos durante el proceso (Burlingame et al., 2018).

El apartado de feedback se justifica por su utilidad para ajustar objetivos, clarificar dudas y reforzar la adherencia, en línea con enfoques centrados en la colaboración y la motivación para el cambio (Markland et al., 2005).

9.4 Anexo 4: Cuestionario final de tratamiento

Información general del participante

Fecha	Año de participación	Edad

Preguntas cuantitativas

1. Evaluación del alivio de síntomas psicológicos negativos.

En una escala de 1 a 10, ¿en qué medida considera que la terapia ha aliviado sus síntomas psicológicos negativos?

1 (Ningún alivio)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Alivio completo)
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------

2. Evaluación de la reducción del consumo de sustancias.

En una escala de 1 a 10, ¿en qué medida considera que la terapia ha contribuido a la reducción de su consumo de sustancias?

1 (Ninguna reducción)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Reducción completa)
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

3. Evaluación de la reducción de la conflictividad en el entorno.

En una escala de 1 a 10, ¿en qué medida considera que la terapia ha reducido la conflictividad y hostilidad en su entorno?

1 (Ninguna reducción)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Reducción completa)
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------------

4. Evaluación de la satisfacción global con la terapia.

En una escala de 1 a 10, ¿cuál es su nivel de satisfacción global con la terapia recibida?

1 (Nada satisfecho)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Satisfacción completa)
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------------

Pregunta cualitativa

5. Comentarios generales sobre la terapia.

Por favor, comparta sus comentarios sobre cómo ha sido su experiencia con la terapia. ¿Qué aspectos considera que han sido más beneficiosos y qué aspectos podrían mejorarse?

Fundamentación de las preguntas

1. Evaluación del alivio de síntomas psicológicos negativos

Esta pregunta permite cuantificar la percepción del participante sobre la efectividad de la terapia en el alivio de síntomas como la ansiedad, la depresión y otros problemas psicológicos. La escala de 1 a 10 proporciona una medida precisa y fácil de interpretar sobre el impacto terapéutico percibido. Esta evaluación es crucial para determinar la efectividad de las intervenciones terapéuticas en el contexto penitenciario, donde la prevalencia de trastornos mentales es alta (Fazel et al., 2008).

2. Evaluación de la reducción del consumo de sustancias

La reducción del consumo de sustancias es uno de los objetivos principales en el tratamiento de diagnóstico dual. Esta pregunta cuantifica la percepción del participante sobre su éxito en alcanzar este objetivo. La escala de 1 a 10 permite una evaluación granular de la reducción percibida en el consumo de sustancias, proporcionando datos valiosos para ajustar y mejorar los programas terapéuticos (Sacks et al., 2004).

3. Evaluación de la reducción de la conflictividad en el entorno penitenciario

La conflictividad y la hostilidad son problemas comunes en el entorno penitenciario que pueden afectar significativamente la rehabilitación de los internos. Esta pregunta mide la percepción del participante sobre la efectividad de la terapia en la reducción de estos comportamientos. Evaluar este aspecto es fundamental para entender el impacto de la terapia en el ambiente y en la dinámica social del centro penitenciario (Wexler et al., 1999).

4. Evaluación de la satisfacción global con la terapia

Esta pregunta permite cuantificar la satisfacción global percibida con la intervención, integrando de forma sintética la experiencia del participante con el proceso terapéutico. La escala de 1 a 10 facilita una valoración graduada y comparable entre participantes, útil para interpretar aceptabilidad, adherencia y oportunidades de mejora del programa en este contexto.

5. Comentarios generales sobre la terapia

La inclusión de una pregunta cualitativa permite recoger comentarios detallados y específicos de los participantes, proporcionando una perspectiva más profunda sobre la efectividad y las áreas de mejora del programa terapéutico. Los comentarios cualitativos enriquecen la interpretación de los datos cuantitativos y ayudan a identificar elementos específicos del programa que podrían beneficiarse de ajustes o mejoras (Leese et al., 2006).

9.5 Anexo 5. El Cuestionario Global para el programa de prevención de recaídas (PPR)

Propósito del Cuestionario

El Cuestionario Global PPR está diseñado para evaluar la eficacia percibida del Programa de Prevención de Recaídas. Evalúa las percepciones de los participantes sobre diversas dimensiones del programa y su impacto en su comprensión y manejo de la adicción.

Instrucciones para los participantes

1. **Lea cada pregunta:** lea cada elemento con atención.
2. **Seleccione su respuesta:** Para cada afirmación, elija la opción que mejor describa su experiencia o percepción sobre el programa de prevención de recaídas. Utilice la siguiente escala:

1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = A veces 4 = A menudo 5 = Frecuentemente 6 = Casi siempre 7 = Siempre
1. **Marque el número apropiado:** indique el número correspondiente a su respuesta para cada ítem.

Ejemplo:

- *Punto 1: El programa de prevención de recaídas ha mejorado mi comprensión de mi adicción.*

Opciones de respuesta: 1 2 3 4 5 6 7

Cuestionario:

Ítems

1. El programa de prevención de recaídas ha mejorado mi comprensión de mi adicción.	1 2 3 4 5 6 7
2. Ahora soy más capaz de identificar pensamientos que pueden llevarme a una recaída.	1 2 3 4 5 6 7
3. He aprendido nuevas estrategias para gestionar situaciones de alto riesgo.	1 2 3 4 5 6 7
4. Me siento preparado para aplicar las estrategias aprendidas en situaciones de riesgo.	1 2 3 4 5 6 7
5. Creo que los conocimientos adquiridos en el programa serán útiles para prevenir recaídas.	1 2 3 4 5 6 7
6. El programa ha aumentado mi confianza en el manejo de mi adicción.	1 2 3 4 5 6 7
7. Ahora entiendo mejor las razones detrás de mi consumo de sustancias.	1 2 3 4 5 6 7
8. Me siento motivado a aplicar las técnicas aprendidas en este programa de prevención de recaídas en mi vida diaria.	1 2 3 4 5 6 7
9. Considero que las estrategias enseñadas en el programa son prácticas y aplicables en la vida real.	1 2 3 4 5 6 7
10. En general, siento que el programa de prevención de recaídas me ha resultado útil.	1 2 3 4 5 6 7

Puntuación y análisis

1. **Recopilación de datos:** recopile todas las respuestas una vez que los participantes completen el cuestionario.
2. **Puntuación total:** sume las puntuaciones de los 10 elementos de cada participante para obtener una puntuación global.
3. **Interpretación de la partitura:**

Puntuaciones bajas (10–30): Indican una baja percepción de eficacia del programa.

Puntuaciones moderadas (31–50): indican una eficacia percibida moderada.

Puntuaciones altas (51–70): Indican una alta eficacia percibida.

Evaluación e interpretación

Objetivo

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la percepción de los participantes sobre la eficacia del programa de prevención de recaídas, incluida su comprensión de la adicción, su capacidad para identificar y gestionar situaciones de riesgo y su confianza en la aplicación de las estrategias aprendidas.

Estructura

El instrumento contiene 10 ítems tipo Likert (escala de 7 puntos, 1 = Nunca a 7 = Siempre).

Principales factores evaluados

1. **Comprensión de la adicción:** Ítem 1 Ítem 7
2. **Identificación y Gestión de Pensamientos y Situaciones de Riesgo:** Ítem 2 Ítem 3 Ítem 4
3. **Utilidad y practicidad de los conocimientos adquiridos:** Ítem 5 Ítem 9
4. **Confianza y motivación:** Ítem 6 Ítem 8
5. **Evaluación general del programa:** Ítem 10

Puntuación por factor

- Calcule la puntuación total de cada factor sumando los elementos relevantes y dividiéndolos por el número de elementos de ese factor.
- Las puntuaciones más altas reflejan percepciones más positivas del programa en cada dominio.

Resumen

Este cuestionario es una herramienta para evaluar la percepción de los participantes sobre la eficacia del programa en áreas clave. Los resultados brindan información sobre las fortalezas y las áreas de mejora de la intervención de prevención de recaídas, lo que permite a los facilitadores perfeccionar el contenido y la implementación para obtener mejores resultados.

Consistencia interna: alfa de Cronbach = 0,94

9.6 Anexo 6: Consistencia interna de las medidas en la muestra de nuestro estudio empírico (Alfas de Cronbach)

Instrumento	Medición	Alfa de Cronbach
SÓCRATES-8D	M1	0,30
SÓCRATES-8D	M2	0,55
Aware	M1	0,94
Aware	M2	0,95
Brief COPE (28 ítems, puntuación global)	M1	0,80
Brief COPE (28 ítems, puntuación global)	M2	0,84
Cuestionario ad hoc global	M2	0,93

Nota. Los coeficientes alfa de Cronbach se informan para la muestra actual en cada punto de medición. Algunos valores están por debajo de los umbrales comúnmente recomendados, por lo que deben interpretarse con cautela. Estas estimaciones son específicas de cada muestra y no reemplazan la evidencia de estudios de validación previos.

9.7 Anexo 7: Pruebas de rangos con signo de Wilcoxon para SOCRATES, AWARE y Brief COPE

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon (SÓCRATES)

	Reconocimiento2 - Reconocimiento1	Ambivalencia2 - Ambivalencia1	Dando pasos 2 - Dando pasos 1
Valor Z	-2,98 ^a	-2,379 ^a	-3,784 ^a
Sig.	0,003	0,017	<0,001

a. Basado en rangos negativos.

1: Momento 1

2: Momento 2

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon (AWARE)

	Consciente2 - Consciente1
Valor Z	-1.162 ^a
Sig.	0,245

a. Basado en rangos negativos.

1: Momento 1

2: Momento 2

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon (Brief COPE)

	AC2- AC1	P2 – P1	IS2 – IS1	ES2- ES1	S-D2 – S-D1	V2- V1	BD2- BD1	PD2- PD1	D2 – D1	A2 – A1	R2 – R1	S2 – S1	H2 – H1	SB2 – SB1
Valor Z	-2.103 ^a	-1.071 ^a	-1.006 ^b	-1.790 ^a	-0,848 ^b	-0,582 ^b	-0,215 ^b	-2.263 ^a	-0,352 ^a	-2.366 ^a	-1.591 ^a	-1.367 ^b	-0,924 ^b	-0,984 ^b
Sig.	0,036	0,284	0,314	0,073	0,396	0,561	0,830	0,024	0,725	0,018	0,112	0,172	0,355	0,325

a. Basado en rangos negativos.

b. Basado en rangos positivos.

Afrontamiento activo: AC, Planificación: P, Apoyo instrumental: IS, Apoyo emocional: ES, Autodistracción: SD, Desahogo: V, Desconexión conductual: BD, Replanteamiento positivo: PD, Negación: D, Aceptación: A, Religión: R, Consumo de sustancias: SU, Humor: H, Autoculpa: SB

1: Momento 1

2: Momento 2

9.8 Anexo 8: Correlaciones entre los conceptos COPE en M1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Afrontamiento Activo	--													
2. Planificación	0,374*	--												
3. Búsqueda Apoyo Instrumental	0,179	0,390*	--											
4. Búsqueda Apoyo Emocional	0,459*	0,396*	0,408*	--										
5. Autodistracción	0,133	0,178	0,235	0,502**	--									
6. Ventilación	0,026	0,236	0,264	0,18	0,337	--								
7. Desconexión Conductual	0,081	0,126	-0,145	0,031	-0,043	0,327	--							
8. Reinterpretación Positiva	0,222	0,188	0,477*	0,172	0,105	0,112	0,213	--						
9. Negación	0,08	0,328	0,296	0,276	0,101	0,558**	0,431*	0,274	--					
10. Aceptación	0,145	0,596***	0,085	0,396*	0,436*	0,173	0,164	-0,037	0,107	--				
11. Religión	0,098	0,173	0,356	0,146	0,221	0,676***	0,167	-0,013	0,321	0,294	--			
12. Consumo de Sustancias	-0,077	-0,012	-0,3	-0,292	-0,137	0,099	0,546**	0,239	0,133	-0,035	0,003	--		
13. Humor	0,117	-0,276	0,135	0,072	0,267	0,385*	0,061	0,112	0,121	-0,019	0,449*	0,045	--	
14. Autoinculpación	0,117	0,466*	0,179	0,347	0,159	0,139	0,215	-0,074	0,389*	0,541**	0,171	-0,23	-0,078	--

Correlación significativa * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

9.9 Anexo 9: Prueba H de Kruskal-Wallis para Brief COPE

	CA 1	P1	ES 1	ES1	SD1	V1	BD1	PR1	D1	A1	R1	SU1	H1	SB1
Kruskal-Wallis H	2,363	0,830	5,474	6,580	1,411	1,035	1,746	5,541	0,269	0,442	0,752	5,420	0,138	0,917
g.l.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig.	0,307	0,660	0,065	0,037	0,494	0,596	0,418	0,063	0,874	0,802	0,687	0,067	0,933	0,632

	CA 2	P2	ES 2	ES2	SD2	V2	BD2	PR2	D2	A2	R2	SU2	H2	SB2
Kruskal-Wallis H	13,870	19,829	0,519	10,675	1,490	2,063	0,286	22,026	0,219	19,893	4,137	18,837	1,506	0,195
g.l.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig.	<0,001	<0,001	0,771	0,005	0,475	0,357	0,867	<0,001	0,896	<0,001	0,126	<0,001	0,471	0,907

Afrontamiento activo: AC, Planificación: P, Apoyo instrumental: IS, Apoyo emocional: ES, Autodistracción: SD, Desahogo: V, Desconexión conductual: BD, Replanteamiento positivo: PD, Negación: D, Aceptación: A, Religión: R, Consumo de sustancias: SU, Humor: H, Autoculpa: SB

1. Momento 1

2. Momento