

# ¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio en una prisión andaluza

Rodríguez-Martínez A, Ruiz-Rodríguez F, Antón-Basanta JJ,  
Herrera-Jáimez J, Máiquez-Pérez A, Ottaviano-Castillo A.

Facultativos de Sanidad Penitenciaria del Servicio Sanitario del C.P. Albolote (Granada)

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer y comparar el apoyo social que tienen los drogodependientes de una prisión incluidos en el programa libre de drogas y en el programa de mantenimiento con metadona (PMM).

**Material y método:** Estudio observacional descriptivo transversal, realizado en el Establecimiento Penitenciario de Albolote (Granada).

La población penitenciaria en el momento del estudio era de 1.763 reclusos. Los drogodependientes, se dividieron en dos grupos: en programa de mantenimiento con metadona (PMM 279 reclusos) y en programa libre de drogas (58 reclusos). Se obtuvo una muestra aleatoria de 60 internos en el grupo en PMM. Participó toda la población del programa libre de drogas. A los dos grupos se les entrevistó a fin de conocer su estructura familiar, nivel socioeconómico y de estudios. También se aplicó el cuestionario MOS de apoyo social de forma autoaplicada asistido por entrevistador. Los porcentajes obtenidos de cada dimensión del cuestionario MOS de los grupos se compararon mediante Chi cuadrado de Pearson.

**Resultados:** La red social del grupo en PMM fue de media 13,2. En el grupo libre de drogas fue 12,9. Valor de  $p=0,0047$ . El apoyo global fue bajo en 38 personas (74,5%) en el grupo en PMM y 9 (15,62%) en el grupo en programa libre de drogas. Siendo normal en 13 sujetos (25,5%) en el grupo en PMM y en 49 (84,38%) en el grupo incluido en el programa libre de drogas. Valor de  $p=0,0001$ .

Todas las dimensiones del cuestionario MOS de apoyo social son más elevadas en el grupo en programa libre de drogas, existiendo diferencias estadísticamente significativas con el grupo en PMM.

**Conclusiones:** Los reclusos en programa libre de drogas tienen, y así lo perciben ellos, un mayor apoyo social que los que están en PMM.

**Palabras clave:** Apoyo social, Asistencia, Prisiones, Consumidores de drogas, Estudio comparativo, Prisioneros, España.

## DO DRUG USING INMATES HAVE SOCIAL SUPPORT? A CASE STUDY IN AN ANDALUSIAN PRISON

### ABSTRACT

**Aims:** To discover and compare the social support received by drug-dependent inmates in a drug free program and other inmates participating in a methadone maintenance program (MMP).

**Materials and methods:** Transversal descriptive observational study carried out at Albolote Prison (Granada).

The prison population at the time of the study was 1,763 inmates. The drug addicts were divided into two groups: those in a methadone maintenance program (MMP, 279 inmates) and those participating in a drug free program (58 inmates). A random sample of 60 inmates in the MMP was obtained. All the members of the drug free program participated. The two groups were interviewed to discover more about their family structure, socio-economic level and qualifications. The MOS social support survey was also used in a self applied format with assistance from the interviewer. The percentages obtained from each dimension of the MOS questionnaire for each group was compared using Pearson's chi-square test.

**Results:** The social network of the MMP group was a mean 13.2. In the drug free group it was 12.9. Value of  $p=0.0047$ .

Global support was low amongst 38 individuals (74.5%) in the MMP group and 9 (15.62%) in the drug free program. It was normal amongst 13 subjects (25.5%) in the MMP group and amongst 49 (84.38%) in the drug free group. Value of  $p=0.0001$ .

All the dimensions of the MOS social support survey are higher amongst the drug free group: there are statistically significant differences with the MMP group.

**Conclusions:** Inmates in the drug free program have (and they perceive this to be the case) a greater degree of social support than participants in the MMP.

**Key words:** Social support, Assistance, Prisons, Drug users, Comparative study, Prisoners, Spain.

Texto recibido: marzo 2009

Texto aceptado: noviembre 2009

## INTRODUCCIÓN

Según el vigente Reglamento Penitenciario, la actividad penitenciaria tiene como fin primordial la reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y medidas de seguridad privativas de libertad así como los de retención y custodia<sup>1</sup>.

El apoyo social, para Lin, consiste en aquellos elementos funcionales o estructurales, reales o percibidos que el individuo siente de su comunidad, red social y sus amigos íntimos<sup>2</sup>.

Para Bowling el apoyo social sirve para que el individuo obtenga ayuda emocional, instrumental o económica de la red social<sup>3</sup>. Gracias a la red social el individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquiere nuevos contactos sociales. En definitiva: a partir de la red social se obtiene el apoyo social. La familia es un componente más de la red social.

Entendemos por red social el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo<sup>3</sup>.

Los reclusos drogodependientes pueden seguir dos programas: libre de droga o programas de disminución de daño (PRD)<sup>4-5</sup> dentro del cual se encuentra el PMM. El PMM es de baja exigencia ofertándose al colectivo más cronificado, procura que tenga las consecuencias menos graves posibles. En el Centro Penitenciario de Albolote hay un módulo específico para seguir el programa libre de drogas; este programa es de alta exigencia pues persigue un objetivo curativo: “todo o nada”, y se aplica a pacientes con condiciones personales y sociofamiliares aceptables.

Las personas reclusas en los permisos y salidas de prisión, experimentan problemas considerables si hacen pública su situación y más si son drogodependientes en programa de mantenimiento con metadona (PMM), intentando mantener en secreto su situación, porque hablar de sus historias y condición precipita la expulsión del mundo social al que aspiran entrar<sup>6</sup>.

Independiente del programa en la fase de deshabitación hay que aplicar Técnicas psicológicas, fa-

miliares y de apoyo social<sup>7-8-9</sup>, para obtener la efectiva reinserción el tratamiento es eminentemente biopsicosocial.

Estas personas se encuentran inmersas en dos acontecimiento vitales estresantes (AVE), situaciones que el individuo percibe como negativas o no deseadas y se acompañan de un cambio vital. El instrumento para medir los AVE's es la Escala de Reajuste Social (ERS) de Holmes y Rahe<sup>10</sup>. Los dos AVE's citados, son por un lado la encarcelación con un valor de 63, siendo el máximo de 100 en la ERS, como segundo AVE la drogadicción con una puntuación de 44 en la escala ya citada.

Evidentemente a mayor grado de apoyo social, más fácil y completa será la reeducación y reinserción social.

Del apoyo que tengan dependerá la mejor superación de su condición de recluso y la drogodependencia y con la finalidad de conocer este apoyo efectuamos este estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La población total del Centro en el momento del estudio era de 1.763 reclusos. Incluidos en PMM eran de 279 y en el programa “libre de drogas” de 58. Se calcula el tamaño de muestra por el programa informático Ene 2.0 dando un resultado de 40 personas por grupo, con un nivel de significación del 95% y una potencia del 80%. Al preveer pérdidas se obtiene una muestra aleatoria de 60 reclusos en el grupo “en PMM”. En el grupo en programa “libre de drogas” se incluyó a toda la población. En el grupo en PMM se negaron a contestar 9 personas, el grupo queda en 51 individuos. En el grupo “en programa libre de drogas” contestaron todos al cuestionario un total de 58.

A todos los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó el cuestionario MOS de apoyo social, para pacientes con distintas enfermedades y dimensiones<sup>11</sup>, validado en población española<sup>12</sup>, autoaplicado y asistido por entrevistador, el mismo en todos los casos. El MOS es un cuestionario breve multidisciplinar, que

puede ser autoadministrado y que permite investigar junto al apoyo global otras cuatro dimensiones: 1) afectiva (demostración de amor, cariño y empatía), 2) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), 3) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica) y 4) emocional/informativa (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). En el primer ítem se puede determinar la red social. Dada a la población a la que se aplica, ingresados en un Centro Penitenciario donde por ley tienen aseguradas la prestación de la dimensión apoyo instrumental, se modifican las preguntas del MOS original, quedando reducido el referido apoyo a un solo ítem, por lo que pensamos que carecemos de información para su valoración. (Anexo 1).

En los dos grupos se determinó también mediante entrevista, la estructura familiar, según la clasificación basada en la familia nuclear<sup>13</sup>, su nivel socioeconómico<sup>14</sup> y cultural<sup>15</sup>.

Se establecen las medidas de tendencia central, dispersión e intervalos de confianza al 95% de la red social en los dos grupos de reclusos. De cada dimensión del apoyo social, según el cuestionario MOS, se establece la frecuencia absoluta y relativa de reclusos con apoyo bajo y normal en los dos grupos. Para comparar las frecuencias de cada dimensión entre los grupos formados se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson mediante el paquete estadístico G-Stat 2.0. La red social, al ser una variable cuantitativa, se compara mediante la prueba T de Student. La hipótesis nula es que todos los grupos tienen el mismo apoyo social y la alternativa que es distinto. La significación estadística la determina el valor de  $p < 0,05$ , lo que nos llevará a rechazar la hipótesis nula.

## RESULTADOS

En 56,9% de los reclusos en PMM tienen una estructura familiar nuclear con parientes próximos. En los reclusos en programa libre de drogas esta estructura familiar es del 60%. Son trabajadores no cualificados, el 72,5% en el grupo en PMM y 59% en el grupo en programa libre de drogas. Predominantemente, en ambos grupos, tienen estudios primarios. En las tablas 1, 2 y 3 se exponen numéricamente y porcentualmente la estructura familiar, nivel socioeconómico y nivel de estudios de cada grupo en estudio.

La red social del grupo en PMM es de media 2,9 con desviación típica (DT) de 3,517 e intervalo de confianza al 95% (1,79-3,77). En el programa libre de drogas es de media 13,22 con DT de 13,4 e intervalo de confianza al 95% (8,2-18,25): valor de  $p = 0,0047$ .

Tabla I. Estructura familiar.

Estructura familiar	PMM	Libre de drogas
Familia extensa	13 (25,5%)	9 (15%)
F. Nuclear con parientes próximos	29 (56,9%)	35 (60%)
F. Nuclear sin parientes próximos	7 (13,7%)	14 (25%)
Familia monoparental	----	----
F. Nuclear ampliada con parientes	----	----
F. Nuclear con padrastro	2 (3,9%)	----
Total	51	58

Tabla II. Nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	PMM	Libre de drogas
Trabajadores no cualificados	37 (72,5%)	34 (59%)
Otros casos mal especificados	8 (15,7%)	3 (5%)
Trabajadores cualificados y semicualificados de la industria, comercio y servicios	6 (11,8%)	21 (36%)
Total	51	58

Tabla III. Nivel de estudios.

Nivel de estudios	PMM	Libre de drogas
Estudios superiores medios: carreras técnicas	1 (2%)	3 (5%)
E. 2º grado hasta COU o Bachiller Superior o Formación Profesional 2º Grado	1 (2%)	3 (5%)
E. Secundarios de 1º grado hasta 8º EGB o 4º Bachiller	11 (21,4%)	10 (18%)
E. Primarios (hasta 4º de EGB o FP)	29 (56,9%)	41 (70%)
Sin estudios: lee y escribe	8 (15,7%)	1 (2%)
Analfabetos	1 (2%)	----
Total	51	58

A continuación reflejamos para cada dimensión del cuestionario MOS en todos los grupos, si el valor del apoyo percibido es bajo o normal:

En el apoyo emocional es **bajo** en 45 sujetos (88,4%) en PMM y en 18 (31,25%) en el grupo en programa libre de drogas. Es **normal** 6 (11,6%) en el grupo en PMM y en 40 (68,7%) incluidos en el programa libre de drogas: valor de  $p = 0,0001$ . (Figura 1).

En la interacción social positiva es **bajo** en 45 personas (88,4%) en PMM y en 5 (9,38%) el grupo en programa libre de drogas. Es **normal** en 6 personas

(11,6%) en el grupo en PMM y en 53 (90,62%) el grupo en programa libre de drogas: valor de  $p=0,0001$ . (Figura 2).

El apoyo afectivo es **bajo** en 44 personas (84%) en el grupo en PMM y en 14 (28,12%) en el grupo en programa libre de drogas. Es **normal** en 8 individuos (16%) en el grupo en PMM y en 43 (71,88%) en el grupo en el programa libre de drogas: valor de  $p=0,0001$ . (Figura 3).

El apoyo global es **bajo** en 38 personas (74,5%) en el grupo en PMM y en 9 (15,62%) en el grupo en programa "libre de drogas". Siendo **normal** en 13 sujetos (25,5%) en el grupo en PMM y en 49 (84,38%) en el grupo incluido en el programa libre de drogas: valor de  $p=0,0001$ . (Figura 4).

Al ser la  $p$  de todas las dimensiones de la escala MOS de apoyo social  $<0,05$  aceptamos la hipótesis alternativa.

Razón de prevalencia en apoyo global **bajo**  $38/51=0,74$  en el grupo en PMM;  $9/58=0,15$  en el grupo "libre de drogas". Razón de prevalencias  $4,93$ . Cuando el apoyo social global es **normal**  $13/51=0,25$  en el grupo en PMM y en el grupo "libre de drogas"  $49/58=0,84$ . Razón de prevalencias  $0,29$ .

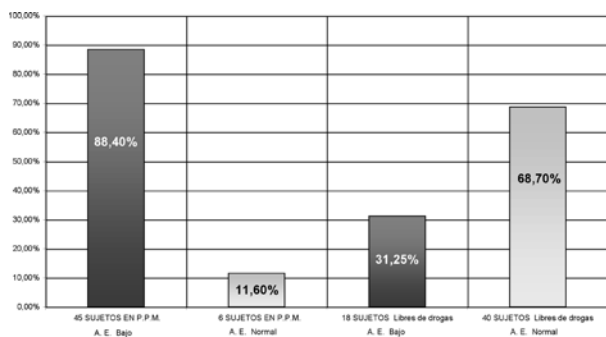


Figura 1. Apoyo Emocional (A.E.).

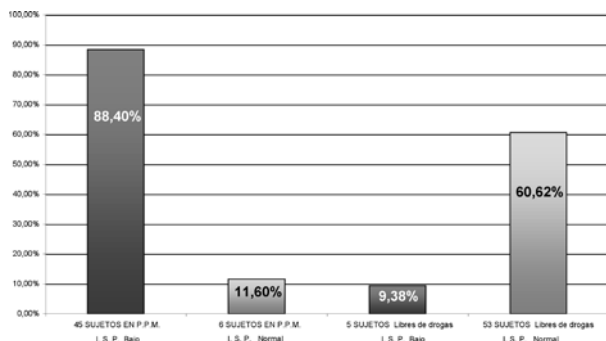


Figura 2. Interacción Social Positiva (I.S.P.).

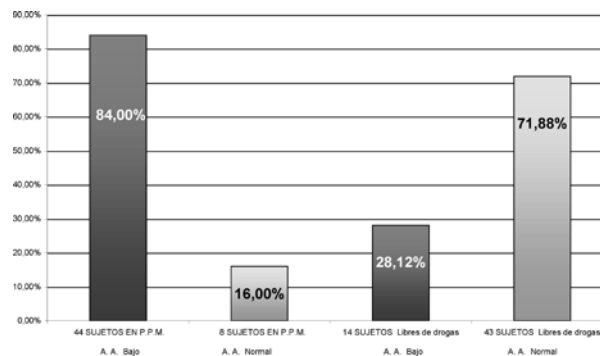


Figura 3. Apoyo Afectivo (A.A.).

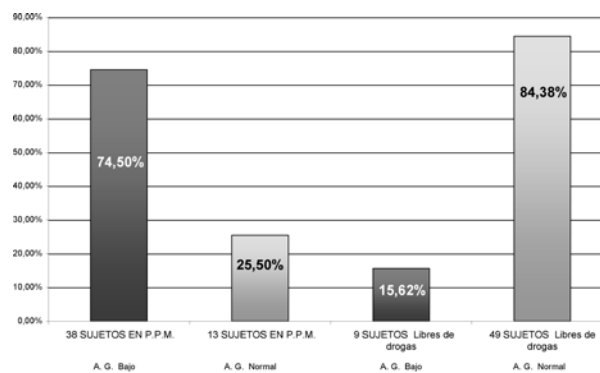


Figura 4. Apoyo Global (A.G.).

## DISCUSIÓN

Los AVE's actúan sobre el individuo y la familia repercutiendo en la salud individual y la función familiar. Si son intensos generan crisis familiares dejando al sistema familiar bloqueado e incapacitado<sup>11</sup>, el camino que se siga para su resolución va a depender del apoyo social con que se cuente. Los participantes del presente estudio presentan dos AVE's del tipo de desmoralización y desmembramiento, por eso es importante conocer el apoyo social con el que cuentan.

Dos fases tienen el tratamiento integral de la drogadicción: la desintoxicación y la deshabitación. La desintoxicación es el proceso por el que el drogodependiente deja de consumir sin experimentar los efectos del síndrome de abstinencia<sup>16</sup>, es un tratamiento fundamentalmente médico. La deshabitación, proceso para mantener la abstinencia y adoptar y mantener un estilo de vida equilibrado, es un proceso psicosocial y deben de abordarse las necesidades psico-socio-laborales<sup>17</sup>. En la fase de deshabitación es importante contar con apoyo y red social capaces de aportar ayuda y apoyo tan reales como duraderos a un individuo<sup>18</sup>.

Con anterioridad se estudiaron el apoyo social en grupos de reclusos distintos a los del presente estudio, tanto en programa libre de drogas y en PMM. En el grupo de pacientes en “programa libre de drogas” la media de los resultados que se obtuvieron en todas las dimensiones del MOS era normal, con una alta red social<sup>19</sup>. Mientras que en grupo en PMM el porcentaje de los que presentan un apoyo social bajo predominaba en todas las dimensiones<sup>20</sup>. Los resultados han sido y son los esperados, pues el grupo de pacientes en programa “libre de droga” ha sido seleccionado previamente por psicólogos y trabajadores sociales para entrar en ese módulo, siendo los que mejores condiciones psicosociales tienen.

La Asociación Psiquiátrica Americana establece, desde 1997, que los tratamientos psicosociales son componentes esenciales en el programa de tratamiento integral de los trastornos por consumo de sustancias<sup>21</sup>, así lo manifiesta también Lana Moliner al hablar de la patología dual<sup>22</sup>.

El vigente reglamento penitenciario establece que, como elementos del tratamiento penitenciario, se utilizarán los programas y técnicas de carácter psicosocial que vayan orientadas a mejorar las capacidades de los internos y a abordar “aquellas problemáticas específicas que puedan haber influido en su comportamiento delictivo anterior”<sup>23</sup>. Por lo tanto el tratamiento penitenciario es semejante al concepto de la fase de deshabitación en el tratamiento integral de la drogadicción antes comentado. La Ley 38/70 crea un Cuerpo Técnico de Instituciones Penitenciarias de carácter multidisciplinar (psicólogos, juristas-criminólogos...) con lo que se consolida la incorporación de especialistas al trabajo realizado en las prisiones. La citada ley determina que estos especialistas “realizarán las funciones propias de su especialidad en materia de observación, clasificación y tratamiento de los internos, así como las de inspección y dirección de las instituciones y servicios”. Para Sancha y García<sup>24</sup> la psicología penitenciaria es una actividad directamente relacionada con la psicología aplicada. Las funciones más importantes, según estos autores, son la de Evaluación y Tratamiento, por lo que la realización de tratamiento psicosocial es una función que tienen asignada reglamentariamente, pero es difícil de llevar a cabo dada la carencia de medios personales y materiales. En el C.P. Albolote con 1.753 internos, hay cuatro psicólogos en plantilla a todas luces insuficiente dada la prevalencia en el medio penitenciario de los trastornos por consumo de sustancias.

De los miles de delincuentes que se encuentran encarcelados, o cumpliendo otras medidas penales, pocos asisten regularmente a programas intensivos de rehabilitación<sup>25</sup>.

La sociedad científica Sociodrogalcohol en su guía clínica basada en la evidencia sobre la cocaína comenta que en la coexistencia de dependencia a opiáceos y cocaína, la más frecuente en el medio penitenciario Granadino<sup>26</sup>, hay que complementar el tratamiento con terapia psicológica conductual o cognitivo-conductual<sup>27</sup>.

Se ha desarrollado un estudio para evaluar la satisfacción de los usuarios en PMM utilizando la escala de Verona<sup>28</sup>. Esta escala valora cuatro factores: intervención básica, intervenciones específicas, habilidades de los trabajadores sociales y habilidades de los psicólogos. Los pacientes tratados en prisiones refieren que los trabajadores sociales y psicólogos estuvieron disponibles sólo para el 27,9% y, en general, hay una baja satisfacción en los pacientes tratados en prisiones<sup>28</sup>.

Nuestros resultados coinciden con los del estudio realizado en 2003 por Madoz-Gúrpide en relación a las consecuencias sociofamiliares del consumo de opiáceos<sup>29</sup>.

En las familias existe, pues, un desmembramiento y constatamos la degradación personal y social de los pacientes en PMM<sup>30</sup>. En este grupo hay una limitación de sus intereses vitales manifestándose por egocentrismo e inmadurez.

No hemos analizado la razón última de sus problemas legales estando descrita que se trata de una delincuencia muy concreta, siempre dirigida a la obtención de estupefacientes mediante la venta del producto, falsificación de recetas, prostitución o robos<sup>31</sup>.

Para finalizar sería interesante, por las razones expuestas, conocer el apoyo social de los drogodependientes que no están en prisión y realizar su comparación con los que sí están en prisión. Por otra parte, si entendemos la drogadicción como enfermedad reflejada en clasificaciones como el DSM-IV o el CIE-10, sería interesante comparar el apoyo social en personas con otras patologías mentales.

En el estudio llegamos a la conclusión que los reclusos del C.P. de Albolote en programa libre de drogas cuentan con mayor apoyo social que los que están en programa de mantenimiento con metadona y además ellos así lo perciben. Por los resultados obtenidos al calcular la razón de prevalencias conocemos que las personas en PMM es 4,93 veces más probable que tenga un apoyo social bajo y sólo 0,29 veces es probable que tengan un apoyo social normal.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la excelente colaboración en la traducción de textos por parte de Eva Hidalgo y Pilar Villar Argáiz.



## ANEXO 1

## CUESTIONARIO MOS

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre).

Nº de amigos íntimos o familiares...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila).

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abraze.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

APOYO EMOCIONAL: suma de ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

APOYO INSTRUMENTAL: suma de ítems 2, 5, 12 y 15.

APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA: suma de ítems 7, 11, 14 y 18.

APOYO AFECTIVO: suma de ítems 6, 10 y 20.

INDICE GLOBAL DE APOYO SOCIAL: suma de los 19 ítems.

Apoyo global es escaso si inferior o igual a 57.

Apoyo emocional/informacional: falta de apoyo si inferior o igual a 24.

Apoyo instrumental: falta de apoyo si inferior o igual a 12.

Apoyo de interacción social positiva: falta de apoyo si inferior o igual a 9.

Apoyo afectivo: falta de apoyo si inferior o igual a 9.

**CORRESPONDENCIA**

Antonio Rodríguez Martínez  
 Servicio Médico, Centro Penitenciario de Albolote.  
 Ctra. de Colomera, Km. 6  
 18220 Albolote (Granada)

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE de jueves 15 de febrero de 1996.
2. Lin N, Simeone R, Enzel W. 1979. Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *J. Health Soc Behav.* 1979; 20: 108.
3. Bowling A. Social support and social networks: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and review of the evidence. *Fam Pract.* 1991; 8: 68.
4. Navarro C, Bachiller P, Palacios T, Ruiz P, Herrero M, Sánchez I. Características diferenciales sanitarias y toxicológicas de drogodependientes en tratamiento y consumo activo. *Aten Primaria* 2003; 32: 323-9.
5. Zarco J. Drogodependencias y atención primaria: ¿una relación reconducible?. *Aten Primaria* 2001; 8: 519-24.
6. Sheila PD, Jeanete BA. Vivir con un secreto deshonroso. Problemas de revelación para los pacientes en mantenimiento con metadona. *RET Revista de Toxicomanías.* 1995; 2: 24-33.
7. Caplan G. Support system and community mental health: lectures on concept development. New York: Behavoir Publications. 1974.
8. Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *AmJ pub Health.* 1974; 64:1040-3.
9. Broadhead WE, Gehlbech SH, Degruy FV, Kaplan BH. Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care.* 1989; 27:221-33.
10. Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J psychosomatic Research.* 1976; 11: 213-218.
11. De la Revilla L, Fleitas L. Apoyo social y recursos familiares. En *Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica Familiar en la Consulta.* Fundación para el estudio de la atención a la familia. Granada: Ediciones Adhara; 1999: 337-64.
12. De la Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención primaria. *Med fam Andal.* 2005; 1: 10-18.
13. De la Revilla L, Aragón A, Muñoz M, Ángel M, Pascual J, Cubillo J. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 1991; 8: 104-111.
14. Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Clasificación Nacional de ocupación. Propuesta de un indicador de la clase social basada en la ocupación. *Gaceta Sanitaria.* 1989; 3:320-326.
15. Patrón de habitantes. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 1988.
16. Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Alcoholism And the Addictions. "Substance Abuse Disorders: A Psychiatric priority" *Am J Psychiatry.* 1991; 148: 1291-1300.
17. Terán A, Casete L, Climent B. Cocaína. Guías Clínicas basadas en la Evidencia Científica. Valencia: Socidrogalcohol. 2008.
18. Del Pino MD. La Red Social: un concepto con importantes implicaciones en la intervención Familiar. En *Manual de Atención Familiar. Bases para el estudio de la atención a la familia.* Granada: Ediciones Adhara; 1999: 321-335.
19. Rodríguez-Martínez A, Pinzón-Pulido SA, Máiquez-Pérez A, Herrera-Jáimez J, De Benito-Torrente M, Cuesta Ortiz E. ¿Tienen Apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa "libre de drogas" en prisión? *Med Fam (And).* 2004; 5: 16-21.
20. Rodríguez-Martínez A, Jiménez M, Pinzón-Pulido SA, Lechuga F. Apoyo social a drogodependientes en programa de mantenimiento con metadona en una prisión. *Med Fam (And)* 2008; 2: 87-98.
21. Becoña E, Cortés M, Pedrero EJ. Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Barcelona: Socidrogalcohol. 2008; 100.
22. Lana F. Trastornos de la personalidad y conductas adictivas. *Intervenciones psicosociales. Actas Españolas de Psiquiatría.* 2001; 29: 58-66.
23. Yela M. Psicología Penitenciaria: Más allá de vigilar y castigar. *Papeles del Psicólogo.* 1998; 70: 1-10.
24. García J, Sancha V. Psicología Penitenciaria, áreas de intervención terapéutica. Madrid: Facultad de Psicología. UNED. 1985.
25. Redondo-Illescas S. Psicología Penitenciaria Aplicada: Los Programas de Rehabilitación en Europa. Ponencia en las I Jornadas de Tratamiento Penitenciario (Peñíscola, octubre 2000).

- 
26. Rodríguez-Martínez A, Hervás G, Muros R et al. Apoyo social a drogodependientes en programa de mantenimiento con metadona. Poster 8.007 presentado en el VII Congreso Nacional de la SESP. Murcia 2008.
  27. Terán A, Casete L, Climent B. Cocaína. Guía Clínica basada en la evidencia Científica. Valencia: Socidrogalcohol. 2008; 1: 189-155.
  28. Trujols J, Pérez de los Cobos J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. En: Fernández-Miranda JJ, Torrens Melich M. Monografía opiáceos. Valencia: Socidrogalcohol. 2005; 17.
  29. Madoz-Gúrpide A, Ochoa E. Perfil del paciente consumidor de opiáceos. Revisión de una década. Actas Españolas de Psiquiatría. 2003; 31: 263-271.
  30. Soler-Insa PA. Clínica de los opiáceos. En: Freixa F, Soler-Insa PA: Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario. Conducta Humana. Barcelona: Editorial Fontanella. 1981; 41.
  31. De la Fuente L, Bravo MJ, Toro C, Soriano V, Vallejo F, Brugal MT, Barrio G, et al. Project Itinere Group: Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. J. Epidemiol. Community Health. 2006; 60: 537-542.