

5. DEMANDAS O ESTRESORES

Como hemos mencionado, en el Modelo de Demandas y Recursos que hemos adaptado para aplicar a la población reclusa consideramos que los tipos de estresores o demandas a incluir como antecedentes del modelo, por su relación con los procesos de desgaste y bienestar de los internos, son los siguientes:

- ☐ Eventos vitales o traumáticos y que han sido anteriores al encarcelamiento, por las secuelas que han podido producir en el interno y la mayor vulnerabilidad con que este se enfrentará a nuevos estresores en prisión. En este sentido, en la fase de evaluación del Programa de Bienestar Psicológico propuesto se valorará con especial atención los traumas tempranos, antes de los 18 años, además de otros eventos traumáticos previos al ingreso en prisión.
- ☐ Estresores específicos del medio penitenciario, que pueden incluir desde conductas violentas, presiones internas, amenazas, etc. hasta molestias y preocupaciones que se acumulan en el día a día, y que pueden terminar mermando la energía del individuo.
- ☐ Eventos externos sobrevenidos mientras la persona está en la cárcel, que afectan al individuo en mayor medida al no tener control ni poder reaccionar como quisiera frente a dichas circunstancias (fallecimiento de un familiar, pérdida de una casa, problemas de los hijos, etc.).

Conviene además resaltar que, ya en los años setenta, y para el conocimiento de los estresores agudos o crónicos, los investigadores empezaron a incluir la valoración subjetiva que hacía el individuo de los eventos estresantes, dado el importante papel que tiene esta valoración subjetiva a la hora de valorar si un estresor es positivo o negativo.

Posteriormente la investigación se dirigió además de al desarrollo de nuevos instrumentos de medida, a estudiar el efecto que tenían sobre el individuo la acumulación de estresores, y más recientemente la acumulación de molestias y preocupaciones y también en investigar su relación con diferentes factores de vulnerabilidad o protección, esto es, con lo que hemos llamado recursos.

No obstante, la literatura no es abundante en relación a los estresores y su efecto dentro de prisión. Algo más prolífera es al tratarse de eventos vitales previos al encarcelamiento y sus consecuencias sobre las personas que se encuentran en la cárcel, y apenas existente en cuanto a las molestias del día a día dentro de un centro penitenciario.

5.1. Eventos traumáticos previos al ingreso

El interés en eventos vitales traumáticos o estresantes ha permitido conocer mucho mejor el papel de los estresores en relación con las enfermedades y problemas de salud mental. Esta línea de estudio se inició con los trabajos de Meyer en los años 30, y se continuó por el grupo de Finkelstein (1957).

En el contexto penitenciario, el estudio de los estresores vitales experimentados por la población reclusa ha sido objeto de varias investigaciones dirigidas a explorar la mayor prevalencia de este tipo de vivencias en este colectivo, donde se confirma una acumulación significativa de eventos de vida traumáticos.

También han sido objeto de diversas investigaciones la relación entre eventos traumáticos previos al encarcelamiento y sus consecuencias y relación con conductas violentas o desadaptativas, y con problemas de salud mental.

En la población penitenciaria son numerosos los estudios que confirman una mayor prevalencia de desórdenes psicológicos, en especial el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en comparación con la población general, y una relación muy significativa con la mayor frecuencia de exposición a eventos traumáticos en la población reclusa, derivado de sus contextos de procedencia.

Así, Rager y Finkelstein (1957) observaron que entre 25 jóvenes reincidentes, 14 de ellos habían tenido accidentes de motos, 14 individuos sufrieron en algún momento de su vida un coma o pérdida de conocimiento, 16 sujetos padecieron un traumatismo craneal, y 22 jóvenes usaban de forma crónica productos tóxicos (6 especialmente heroína) situándose la edad media de inicio del consumo a los 14 años. Dieciséis jóvenes se habían autoslesionado (en 15 casos en situaciones de detención), y 15 habían informado de tentativas de suicidio (14 fuera de la prisión): la edad media del intento de suicidio fue los 16 años).

Por su parte, Urbanio, Endrass, Noll, Vetter y Rossegger (1977) encuestaron a 66 reclusos de un Centro Penitenciario en Suiza, concluyendo que un 76% de ellos había experimentado al menos, un evento traumático a lo largo de su vida, con una media de cuatro eventos traumáticos por interno.

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres reclusos en relación a los eventos traumáticos, la literatura habla de la probabilidad de experimentar diferentes tipos de trauma, además del mayor riesgo de la mujer de sufrir consecuencias severas derivadas de dicha exposición traumática.

Los estudios se han centrado sobre todo en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) con una incidencia normalmente en torno al 2 a 1 en mujeres, aunque no en todas las investigaciones.

En el caso de las mujeres en general, hay mayor probabilidad de sufrir agresiones sexuales y violaciones, y en el de los hombres agresiones físicas o ser testigos de las mismas. Las agresiones sexuales, independientemente del sexo, están significativamente relacionadas con la aparición del TEPT.

Otros estudios centrados únicamente en agresiones físicas a hombres y mujeres también mantienen mayor prevalencia de TEPT en mujeres, posiblemente debido a que es más probable que dichas agresiones sean producidas en el caso de las mujeres por personas que ellas conocen, factor que correlaciona significativamente con la aparición del TEPT (Reslau et al. 1999).

No obstante, hay estudios centrados en los síntomas que siguen a la misma exposición traumática en hombres y mujeres, por ejemplo en los casos de desastres naturales o atentados terroristas y los resultados son contradictorios, encontrando algunos estudios valores similares en la aparición del TEPT, mientras que otros resultados siguen apuntando a una mayor vulnerabilidad de las mujeres a desarrollar el TEPT.

En el contexto penitenciario es interesante el estudio de Green Abram et al. (2004) que buscaban conocer la prevalencia de exposición a traumas y la frecuencia del TEPT entre 332 jóvenes (132 hombres y 366 mujeres) detenidos en un centro juvenil en Estados Unidos. Los resultados mostraron que el 21,1% habían experimentado al menos una situación traumática, con una media de 14,6 traumas por joven, y un 56,1% que reconocen más de 6 situaciones traumáticas. Hay una diferencia significativa por sexo, con más hombres (3,2%) que mujeres (4%) que han sido expuestos al menos a una situación traumática.

Los tres traumas más frecuentes fueron haber visto u oído que alguien era fuertemente agredido o asesinado (74,1% en chicos y 63,5% en chicas), haber sido amenazado con un arma (63,3% chicos y 47,3% chicas) y haber estado en una situación en la que pensó que él/ella o alguien cercano iba a ser fuertemente agredido o asesinado (53,5% chicos y 41,1% de chicas). Se encontraron diferencias significativas en el caso de haber sufrido un accidente grave (mayormente en los jóvenes) y haber sido forzado a hacer algo sexual que no querían hacer (más en ellas).

El evento traumático más frecuente, haber sido testigo de violencia, es mucho más común en la población estudiada por Green Abram et al. (2004) que en los estudios realizados con población general para jóvenes y adultos, donde los porcentajes no superan el 4,1%.

Otro interesante trabajo es el de Olff, N. y Jong S. (2011) que, en su capítulo sobre trauma y personas encarceladas, exploran el concepto de trauma interpersonal, su relación con el trastorno de estrés postraumático y las consecuencias asociadas sobre la salud y criminalidad. Estos autores incluyen la prevalencia de traumas interpersonales y problemas de salud mental entre personas encarceladas y su relación con sentimientos de seguridad y por último, revisan diferentes programas de intervención y sus implicaciones.

Juliana Altamirano Argudo.

Por su parte, Neller DJ y cols (1996) exploraron la relación entre las vivencias traumáticas y las conductas violentas de un grupo de 13 internos en una prisión de EEUU, encontrando que el 33% había sufrido traumas, y el 67% informaba haber mostrado conductas violentas estando en prisión. Entre los internos que informaban haber experimentado situaciones traumáticas había más del doble de probabilidad de mostrar conductas violentas.

Supers (1996) estudió la relación entre experiencias traumáticas y sus secuelas en los internos en prisión, sugiriendo sus resultados la existencia de una relación entre los traumas vividos en la infancia y los vividos dentro de prisión.

Resultados similares se obtienen en el estudio de Steimer (1997) realizado únicamente con hombres. Encontraron en su estudio con 55 jóvenes en prisión por delitos violentos en el estado de California una mayor prevalencia de TEPT (32% al que añadir un 2% que cumplían el criterio diagnóstico de TEPT parcialmente) que en jóvenes en centros de probation (similar a nuestros Centros de Inserción Social). El evento precipitante del TEPT más frecuente en este estudio era el haber sido testigo de violencia.

Frente al 32% de prevalencia del TEPT que refiere Steimer (1997), Abram (1998) y cols (1994) obtienen un porcentaje del 11,2% de la muestra total que cumple los criterios del trastorno de estrés postraumático en los últimos 12 meses. La mitad de estos jóvenes con TEPT informa que el trauma precipitante ha sido ser testigo de violencia. Los motivos para una tasa de prevalencia tan baja a pesar del elevado porcentaje de jóvenes expuestos a eventos traumáticos (2,1%) podría deberse a la metodología que se utilizó en el estudio, o a la validez y fiabilidad de las medidas diagnósticas que se usaron para el TEPT.

El estudio de Abram (1998) y cols (1994) muestra también que la frecuencia de exposición a traumas de los hombres detenidos es mayor que la de las mujeres. Sin embargo, en el estudio de Chen G. (1998) con una muestra de 65 hombres y 54 mujeres en prisión en Israel, para determinar diferencias en el consumo abusivo de drogas y en el tratamiento, los datos muestran que hombres y mujeres comparten una historia de vida previa y exposición traumática similares, salvo en la frecuencia de abusos sexuales sufridos, que es mayor en las mujeres. Dato similar se obtiene en el estudio de Komarovs (1998) que mencionamos más adelante. En otros estudios, p.e. Ellis C. (1996) hablan de una mayor frecuencia de exposición traumática en las mujeres presas. Parece, por tanto, interesante realizar nuevos estudios en esta línea que pudieran clarificar estos resultados y mostrar posibles motivos para las diferentes frecuencias halladas.

También apuntan Abram (1998) y cols (1994) en sus resultados que la probabilidad de tener Trastorno de Estrés Postraumático en hombres y mujeres es similar, y a este respecto debemos recordar, como ya hemos mencionado, que otros estudios muestran que las mujeres tienen el doble de probabilidad de padecer Trastorno de Estrés Postraumático que los hombres en la población general, por lo que sería interesante comprobar si este dato se repite en estudios similares con población penitenciaria, o si se pudiera deber a las características concretas de la población estudiada por Abram (1994) o la metodología empleada.

El bienestar psicológico en prisión.

Un último estudio interesante de mencionar es el de Omarovs (2012). En él se explora en detalle el tema que nos ocupa, analizando para la población penitenciaria muestra de 266 internos e internas de un Centro Penitenciario en Ohio) la relación entre las experiencias traumáticas, los síntomas postraumáticos, las diferencias por género y su posible influencia en conductas violentas o de victimización en prisión. Los resultados que obtiene muestran una elevada exposición a situaciones traumáticas, similar en hombres y mujeres. Por tipo de trauma, en los hombres es más frecuente el ser testigo o víctima de violencia física, y en las mujeres ser víctima de agresiones sexuales. En consonancia con otros estudios, y a diferencia del estudio que acabamos de mencionar de Abram (2012) y cols (2014) con jóvenes delincuentes, las internas tienen porcentajes más altos de sintomatología postraumática que los internos. Tal vez la diferencia se encuentre en que en este estudio se habla de sintomatología y no de diagnóstico formal de trastorno. Por su parte, en ambos grupos se encontró que la exposición traumática en el pasado era un predictor significativo de conductas violentas y victimización en prisión, especialmente cuando la frecuencia de eventos traumáticos era elevada y a temprana edad. Explica así Omarovs (2012) el ciclo de la violencia dentro de prisión, y la importancia de sus consecuencias y de la intervención durante el encarcelamiento.

Podemos concluir que, apoyándonos en los resultados aquí expuestos, es importante tener en cuenta la historia de vida de los internos participantes en el programa propuesto más adelante, a través de una adecuada evaluación de posibles eventos traumáticos. De esta forma se consigue:

1. Plantear objetivos individuales y más realistas respecto de los resultados a conseguir y los recursos a desarrollar.
2. Determina la existencia de problemas de salud mental previos al ingreso en prisión, que pueden dificultar la adaptación del interno a la cárcel.

5.2. Demandas dentro de prisión

A la hora de estudiar y conocer los procesos de estrés dentro de prisión y su relación y consecuencias sobre el bienestar psicológico de los reclusos, es fundamental conocer los estresores específicos del contexto penitenciario.

Estas demandas pueden afectar a cada individuo en mayor o menor medida, dependiendo de otros factores como son precisamente sus experiencias traumáticas previas, y también variables sociodemográficas y factores de vulnerabilidad (locus de control, autoestima, personalidad) o protección (apoyo social, y recursos personales).

Al hablar de demandas dentro de prisión, estamos por tanto refiriéndonos a aquellos aspectos físicos, sociales, y de la propia organización del centro penitenciario que requieren un esfuerzo físico o mental del interno, y por ello están asociados a un coste físico o psicológico. Ejemplos de demandas en prisión son las presiones internas, las condiciones ambientales de la cárcel, o conflictos en las relaciones con otros internos o con la familia.

Juliana Altamirano Argudo.

A pesar de que los estresores o demandas no tienen por qué ser necesariamente negativos, pueden acabar siendolo cuando requieren un alto esfuerzo y conllevan un desgaste para el interno, que deriva en otras respuestas negativas como la depresión, la ansiedad o el agotamiento emocional.

El propio ingreso en prisión es considerado un acontecimiento traumático en la vida de una persona, al menos, la primera vez que sucede. Las primeras semanas de encarcelamiento, hasta que se produce una adecuada adaptación al medio, requieren de una especial atención y seguimiento, al ser un periodo caracterizado por un elevado nivel de estrés (MacKenzie y Goodstein 1995; Porporino, y Gamble 1994). No debemos olvidar que las mayores tasas de suicidio de internos e internas se concentran en los días inmediatos que siguen al ingreso en prisión.

Entre las investigaciones que avalan este planteamiento, McCrery y cols (1999) observaron que es común a hombres y mujeres un mayor nivel de sintomatología emocional en el momento del ingreso en prisión debido al esfuerzo de ajuste al medio penitenciario que han de realizar, y Andersen (1994) en su estudio con presos prøyventivos daneses, encontró que la primera fase de internamiento es un periodo vulnerable con una moderadamente alta incidencia de trastornos de adaptación, dos veces mayor en los casos de estancia en aislamiento.

Los factores psicológicos pueden determinar cómo de bien se adaptan los individuos a la vida en prisión (Porporino 1994; Gamble, 1994; Lanagan, 1991), y aunque lo normal es que el nivel de estrés se reduzca tras las primeras semanas de encarcelamiento, algunos internos mantienen un alto estrés, lo que conlleva un mayor riesgo de intentos de suicidio, autolesiones, o sintomatología ansiosa depresiva elevada. (Gamble, Porporino, 1994)

También, la sobreocupación aumenta la experiencia de estrés asociado a la vida en prisión y la pérdida de identidad, además de hacer más difícil la separación de los internos por edades, sexos, peligrosidad o grado de reincidencia, tal y como lo recomienda las normativas internacionales (véanse las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos en OIP, 1956) y las nacionales.

Por mencionar otros estresores específicos del contexto penitenciario:

- La violencia en las prisiones en forma de motines y enfrentamientos, que puede ser favorecida por situaciones de hacinamiento, escasez de recursos materiales o de actividades, déficit en los servicios de alimentación, medicina o higiene, y luchas por el control del tráfico de drogas.
- La exposición a robos, extorsiones o amenazas entre internos o hacia los funcionarios.
- Consumo de droga dentro de prisión y deudas derivadas de este consumo.
- Estresores de otro tipo, como las enfermedades que aparecen en prisión o empeoran durante la estancia en la cárcel, la ausencia de permisos de salida, el cumplimiento de sanciones en aislamiento o cumplimiento de la condena en régimen cerrado (con menor número de horas de patio y normativa más restrictiva), etc.

El bienestar psicológico en prisión.

• Además, debemos señalar las molestias diarias, pequeños eventos (ruido, frío, calor, dieta, rencillas con el compañero de celda, horarios, ocio, uso del teléfono público, etc.) que acaban afectando al interno por su efecto acumulativo, y que han sido objeto todavía de escasa atención por los investigadores.

llama la atención que no son muy numerosas las investigaciones interesadas en conocer las condiciones y estresores más significativos dentro de prisión por su impacto sobre la población reclusa.

La literatura sobre el encarcelamiento sugiere que la pérdida de libertad, la soledad y la exposición a ser intimidado son estresores muy significativos (Reid, y Archer 2000). Por su parte, Greve y cols., (2001) observaron que, durante el encarcelamiento, la soledad, el aburrimiento, el acoso y el ser potenciales víctimas de abuso físico o sexual son potenciales estresores.

Una línea de investigación algo más prolífera es la que estudia la relación de determinados estresores en prisión con la aparición del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), al haber valorado diferentes autores algunos de los estresores antes mencionados (violencia, amenazas, extorsiones, etc.) como eventos traumáticos y posibles desencadenantes del TEPT. Ayuda a que sean catalogados como tales el hecho de que reúnan los siguientes requisitos: se trata de amenazas contra la vida, son de una relativa imprevisibilidad y hay una falta de control por el interno de lo que le sucede. Estos eventos pueden impactar por exposición directa o indirecta sobre el individuo y algunos síntomas posteriores que puede experimentar el interno son la reexperimentación, la evitación y el aumento de la activación, y, en último caso, el Trastorno de Estrés Postraumático.

Un trabajo destacado en relación al tema que tratamos es el de Ruiz J., y cols. (2002). Estos autores realizan una investigación relacionando todos los aspectos que hemos mencionado hasta ahora y estudian la frecuencia de eventos traumáticos, los niveles de estrés postraumático y su relación con variables psicosociales (clima emocional, apoyo social y estilos de afrontamiento) en una muestra de 100 sujetos, 413 internos (incluyendo 100 mujeres y 416 funcionarios) en un Centro Penitenciario de Bogotá, explorando las posibles diferencias entre internos y funcionarios de prisiones.

El resultado muestra que los eventos traumáticos más frecuentes dentro de prisión son: muertes provocadas, motines, problemas con amigos, discusiones, situaciones de embargo.

Por su parte, una mayor sintomatología en Trastorno de Estrés Postraumático en internos va asociada a menor satisfacción con el apoyo social, mayor frecuencia de estilo de afrontamiento evitativo, evaluación más negativa del clima emocional del Centro Penitenciario, lo cual podría estar relacionado con una mayor exposición a eventos estresantes. La experiencia de Trastorno de Estrés Postraumático está influida sobre todo por los eventos traumáticos vividos, la evaluación del clima emocional del centro, y en menor medida por el estilo de afrontamiento y estatus del interno.

Los niveles menores en Trastorno de Estrés Postraumático se asociaron a una evaluación más positiva del clima emocional, menor exposición a eventos traumáticos,

Juliana Altamirano Argudo.

menor uso de la evitación como estilo de afrontamiento y con pertenecer al grupo de funcionarios.

Por su parte, Coxer P. y cols. (2007) estudiaron el modo en que la exposición a situaciones violentas en prisión afecta al ajuste psicológico de los internos al volver a la vida en libertad, encontrando que la vivencia de dichas situaciones durante el encarcelamiento estaban significativamente relacionadas con tendencias agresivas y de conductas antisociales y con estrés emocional en los internos estudiados.

Respecto a la relación entre demandas dentro de prisión y salud mental de los reclusos, Lindquist C. y Lindquist C.A. (1997) buscaron estudiar la influencia del ambiente penitenciario en la salud mental de hombres y mujeres en prisión (1997). Propusieron que un estado de incongruencia aumenta el nivel de estrés de las personas en prisión, y que este nivel sería aún mayor en el caso de las mujeres, posiblemente debido al mayor estrés ambiental (incongruencia entre las demandas de una persona y lo que recibe del medio) del entorno penitenciario sobre ellas. Los resultados mostraron, sin embargo, que el estrés ambiental afecta de manera similar a los síntomas psiquiátricos de hombres y mujeres, por lo que es una variable a tener en cuenta, pero sin embargo, las mujeres muestran mayores niveles de estrés mental que los hombres, por lo que el estrés ambiental no explica las diferencias significativas halladas respecto del género.

Precisamente un estresor objeto de recientes estudios que se ha comprobado tiene un gran impacto en la población penitenciaria femenina es la maternidad. Es que, tal y como afirman Pardo y cols. (2007) si la medida punitiva de privación de la libertad es causa de un elevado nivel de ansiedad entre los reclusos, en el caso de la mayoría de las mujeres reclusas hay que añadir un factor ansiógeno más, que es la maternidad.

Pardo y cols. (2007) realizaron un interesante estudio para conocer la vivencia de la maternidad en privación de libertad. Para ello estudiaron durante un año los niveles de ansiedad de dos muestras (N=20) de madres reclusas (una de ellas convivía con sus hijos en prisión y otra tenía hijos fuera del ámbito penitenciario). Los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas. Sin embargo, estos últimos años la Administración Penitenciaria española que ha dado mucha importancia al tema de la maternidad en las mujeres reclusas, llegando a crear Unidades de Madres, centros independientes que cuentan con todos los servicios y equipo de profesionales necesarios para garantizar todas las necesidades de los menores de tres años, y de sus madres, mientras ellas cumplen condena.

A pesar de los interesantes trabajos comentados, que se centran en algunos estresores concretos, poco se sabe de la vida diaria en prisión, de las diferentes molestias y preocupaciones del día a día de los reclusos, y de las posibles consecuencias que estos pequeños estresores pueden tener sobre los internos.

Los estudios que han examinado las condiciones de las cárceles se han centrado sobre todo en la transmisión de enfermedades contagiosas (Comfort, Grinstead, McCartney, Bourgois, Linington, 2005; Obacheva, Asikainen, Linington, 2007), en su tratamiento (Rice, Schleifer, 2000), o en la violación de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales dentro de prisión (Gostin, 2000; Goggin,

El bienestar psicológico en prisión.

Druyts, Morris, Drucker, I Strathdee, 2vv) Murdoch, Morris, I Holmes, 2vv), pero mucha menos información existe sobre el efecto que las condiciones ambientales de la prisión tienen sobre la calidad de vida de los presos, por ejemplo, el ruido, la falta de actividades, el calor, el frío o el aburrimiento Bourgeois, 1977 Jaeger I Monceau, 1966 Levin I Brown, 1975) y en raras ocasiones se ha estudiado el impacto de la vida diaria en prisión sobre el bienestar de los reclusos.

Como señala Stoller, la vida diaria de los internos esta esencialmente determinada por la organización y distribución del espacio en las prisiones (Stoller, 2vv3). Por ejemplo, los problemas médicos en prisión son un reflejo directo no solo de los problemas típicos de la población reclusa, sino también de la influencia de la propia vida en prisión.

Un intento reciente en esta línea, es el estudio de Elger (2vv) centrado en la vida en prisión, con 1v2 internos, en el que comprobó cómo las actividades realizadas en prisión y los eventos estresantes son factores asociados significativamente con el hecho de padecer o no insomnio, siendo el insomnio una de las principales quejas de salud de los internos (Turnbull I Stimson, 1994 Vasseur, 2vv1).

Dicho todo esto, parece fundamental intentar conocer los factores ambientales y organizacionales del medio penitenciario que puedan tener una relación causal con los problemas en el estado de salud física y mental de los reclusos (Lines, 2vv).

En el Programa propuesto de Bienestar Psicológico, en su fase de evaluación, se incluyen instrumentos de medida dirigidos a tal fin, para conocer las demandas y estresores de mayor riesgo para cada interno, tanto estresores agudos como molestias del día a día así como su percepción del nivel de estrés, y la sintomatología física, mental y emocional en el momento de la evaluación.

Siendo conocedores del impacto de las demandas del medio penitenciario sobre el agotamiento del individuo, el Modelo de Demandas y Recursos en Prisión plantea la importancia de conocer y evaluar también los factores de protección o recursos externos e internos, con los que el individuo cuenta para contrarrestar el efecto de demandas como las que hemos mencionado en este apartado. Será este desequilibrio el que determine el grado de desgaste o bienestar de la persona (proceso de tensión), y la severidad de las consecuencias sobre su estado de salud mental.

5.3. Demandas externas durante la estancia en prisión

Tal y como afirma Ruiz (f) además del momento de ingreso, a lo largo del encarcelamiento otros sucesos ocurridos en el exterior pueden impactar sobre el equilibrio psicológico de los reclusos. En estos hay diferencias importantes entre mujeres y hombres: aquellas informan de niveles más altos de sintomatología ansiosa y de mayor preocupación por la separación de su entorno social, particularmente la familia, y en especial, de los hijos.

Juliana Altamirano Argudo.

No existen estudios directos acerca de la interacción entre estos efectos y la participación en programas de intervención en prisión, pero existen elementos suficientes para suponer un efecto de desmotivación para la resocialización cuando ese impacto tiene lugar. Conocer estos efectos puede ayudar a la prevención de un mayor deterioro de las personas reclusas y a maximizar los efectos de otro tipo de intervenciones.

Igual que con las demandas dentro de prisión, el programa aquí propuesto cuenta con instrumentos de medida dirigidos específicamente a conocer aquellos eventos estresantes que han podido afectar al individuo durante el último año, mientras ha estado en prisión, y la valoración que él hace de la intensidad de dicho evento.

Nuestra hipótesis es que aquellos eventos vitales que afectan a la población general lo harán en mayor medida sobre la población reclusa, por la situación de especial sujeción en que se encuentran lo que entre otras cosas implica una falta de control, de libertad de movimiento, y de dependencia que dificulta mucho una respuesta de afrontamiento normalizada frente a eventos traumáticos externos a la cárcel.

Es por ello que su conocimiento específico tendrá también un papel importante en el trabajo a realizar a través del programa de intervención que proponemos.

6. RECURSOS

Según Lazarus (1991) enfoques teóricos divergentes coinciden en considerar cinco variantes esenciales presentes en los esfuerzos adaptativos que la persona realiza ante daños, amenazas, desafíos y beneficios: cognición, motivación, emoción, contribución del ambiente y acciones.

Actualmente, son diversos los trabajos y líneas de investigación que tomando una o varias de esas variables como referente teórico, plantean el estudio de factores de personalidad saludables, o recursos psicológicos positivos, es decir, que siguen el llamado modelo salutogénico.

Como ya referíamos al inicio, el planteamiento del modelo salutogénico de Antonovsky (1986), parte de aspectos positivos y no de déficit y propone no fijarse tanto en el estudio de las causas de la enfermedad o los problemas psicológicos, sino sobre todo en cambiar el foco de atención hacia los procesos de resistencia y fortalecer al individuo ante situaciones de riesgo, con objeto de promocionar lo positivo más que inhibir lo negativo.

Según Antonovsky (1986), el modelo salutogénico tiene las siguientes características:

- Considera la salud/enfermedad como un continuo.
- Hace énfasis en la historia de salud/enfermedad del ser humano.
- Se centra en los recursos de afrontamiento para la superación de los problemas y la promoción de la salud.
- Promueve la adaptación del organismo al ambiente.

Además de variables sociodemográficas o de personalidad, y siguiendo a Manó (1992), podemos hablar de dos grupos de factores que median en los efectos que tiene el encarcelamiento sobre las personas privadas de libertad.

- Factores penales y penitenciarios: que incluyen el fin de resocialización de la cárcel, el tiempo en prisión, el número previo de ingresos, su frecuencia y tiempo en cada uno, las características de cada centro, la situación penal

Juliana Altamirano Argudo.

preventivo o penado) del interno y sus ocupaciones durante su estancia en prisión.

- Factores personales y sociales: como es la situación familiar y laboral, la edad, el estado civil, el estado de salud, su carácter y personalidad, y el apoyo social y material que reciben, tanto dentro como fuera de prisión.

□ La división que desde el Modelo de Demandas y Recursos en Prisión proponemos diferencia entre recursos ajenos al interno y recursos personales.

6.1. Recursos externos

Entendemos por recursos externos aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales que son funcionales a la hora de conseguir las metas propuestas, reducen las demandas o estresores en prisión y el coste físico y psicológico, estimulan el crecimiento y desarrollo personal.

Otra posible definición va en la línea de identificar los recursos como factores protectores, entendidos como aquellas características de un individuo o entorno que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento de la salud o la recuperación de la misma y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo (Donasaura, 1999, p.1).

De la revisión de la literatura científica y, sobre todo, de la práctica diaria en el medio penitenciario, consideramos que los recursos externos más relevantes para este modelo y su aplicación práctica a través del Programa de Bienestar Psicológico, son los recursos penitenciarios y el apoyo social.

6.1.1. Recursos penitenciarios

Este tipo de recursos moderan el efecto de los estresores sobre el interno, o ayudan a alcanzar los objetivos de su propia reinserción, e incluso consiguen fomentar el crecimiento y desarrollo personal.

No hay literatura científica en relación al papel que juegan los recursos con los que cuenta la Institución Penitenciaria para mediar o moderar la relación entre las fuentes de estrés en prisión y sus consecuencias sobre el desgaste y salud mental de los reclusos, o para mejorar el estado de bienestar del interno durante su tiempo en la cárcel.

Sin embargo, el trabajo y experiencia dentro de los centros penitenciarios, así como la opinión de los profesionales de estos centros, nos permite concluir que los recursos que proporciona la Administración Penitenciaria son instrumentos dirigidos al tratamiento penitenciario de la población reclusa, cuya consecución está supeditada a la evaluación positiva del interno por el Equipo de Tratamiento a lo largo de su condena, y son también factores de protección frente a las altas demandas del medio

El bienestar psicológico en prisión.

penitenciario y elementos motivadores para el interno, que pueden incidir en su nivel de bienestar y en una mayor implicación con su proceso de reinserción (proceso de motivación del Modelo DsRP), lo que deriva en la exhibición de actitudes y conductas positivas por parte del recluso.

El conjunto de actividades que forman parte del tratamiento penitenciario, entendido este en un sentido amplio, permiten llenar las horas del día, mantener el cuerpo y mente activos, mejorar la autoestima de los reclusos al sentirse útiles, y alejar al interno del patio.

Algunos ejemplos de estos recursos son:

- El trabajo remunerado: recurso que aporta no sólo una solvencia económica, sino también una experiencia laboral, mejora en el nivel de autoestima y una estimulación mental para el interno.
- La escuela: Las actividades educativas proporcionan a los reclusos estimulación mental, relaciones interpersonales positivas, y una sensación de superación personal.
- La formación profesional: capacita a los internos en el desempeño de un oficio, y además le permite adquirir destrezas no sólo físicas sino también mentales, extrapolables a otros ámbitos distintos al formativo o laboral.
- El deporte: confirmado en la investigación científica como un elemento clave para afrontar el estrés derivado de la estancia en prisión, se convierte en un recurso externo fundamental por sus beneficios sobre el bienestar del individuo, tanto a nivel físico como de activación mental. (Lucaloo, et al. y cols. 2000) demostraron cómo el deporte es una respuesta de afrontamiento adecuada y eficaz a la situación de encarcelamiento, al bajar los niveles de depresión, estrés y ansiedad entre los internos.
- Ocio: las diferentes actividades ocupacionales y recreativas (teatro, música, talleres de manualidades, etc.) sirven para potenciar la creatividad, la autonomía y la capacidad de concentración, además de ser una vía de escape a los estresores propios de la vida en el módulo.
- Programas específicos: destacando los Módulos de Respeto y Módulos Terapéuticos, que pretenden conseguir un clima óptimo dentro del propio módulo, que facilite la participación en otras actividades positivas, y la adquisición de recursos y capacidades personales relacionadas, por un lado, con la adecuada convivencia y el respeto, y por otro, con la abstención y deshabitación en el consumo de drogas. Un programa similar pero de objetivos menos ambiciosos, es el programa de Régimen Cerrado, para internos que, por sus especiales características o circunstancias, se ven obligados a un régimen de vida más restrictivo. Sin embargo, este programa busca conseguir dotar al interno de recursos adecuados para poder hacer vida en un régimen de normal convivencia (régimen ordinario o segundo grado) a través de una intervención integral sobre los internos en los módulos de primer grado. Otros programas terapéuticos grupales, van dirigidos normalmente a trabajar las variables directamente relacionadas con la conducta delictiva o tipo de delito por el que el

Juliana Altamirano Argudo.

individuo cumple condena por violencia de género, agresión sexual, problemática de drogadicción, etc.)

□ Otros recursos penitenciarios ofertados en el sistema penitenciario español son:

- a. □ Los permisos ordinarios, para la preparación a la vida en libertad.
- b. □ La flexibilidad en el grado de tratamiento y consecuente régimen de vida en prisión, clasificación o progresión a tercer grado, artículo 1vv.2 del Reglamento Penitenciario, medios telemáticos □art. □6.4 del Reglamento Penitenciarios).
- c. □ Los beneficios penitenciarios libertad condicional adelantada, indultos.
- d. □ Las salidas programadas, como actividad terapéutica en el marco de algún programa específico.
- e. □ Las recompensas periódicas concedidas a los internos por su rendimiento, asistencia, y nivel de esfuerzo en las actividades que realiza.

Como en el caso de las demandas, los recursos también serán valorados a través de la fase de evaluación del Programa de Bienestar Psicológico, para conocer las actividades en las que está participando el interno y su impacto y beneficios alcanzados a través de ellas.

6.1.2. Apoyo social

De entre los recursos con los que puede contar el interno, al margen de los proporcionados por la propia Administración Penitenciaria, el apoyo social ha demostrado ser un factor clave frente al estrés, no sólo en prisión sino también en la población general.

El término apoyo social se ha usado por lo general para referirse a cualquier proceso por el cual las relaciones sociales pueden promover la salud y el bienestar (Cohen, Underwood y Gottlieb, 2vvv).

El apoyo social es un elemento clave a la hora de superar acontecimientos estresantes con los que los seres humanos se enfrentan a lo largo de su vida. En la literatura son numerosos los estudios que afirman el papel tan relevante que tiene el apoyo social como variable mediadora entre una situación estresante y un determinado resultado de afrontamiento. Como ejemplo, Taylor S. ha observado la relación entre un mejor afrontamiento ante situaciones graves y la pertenencia a una red social sólida en quien apoyarse, afirmando que recibir apoyo de un ser querido se relaciona significativamente con un mejor afrontamiento y una mejor salud.

Puede ser incluso el recurso más importante tras sufrir un evento traumático, y en diferentes estudios se ha comprobado reiteradamente que es un poderoso predictor de la recuperación al mismo nivel (O'Leary y cols. 2vvv, O'Leary y cols. 2vv3, citados en Castle y cols. 2vv6).

Tanto la cantidad como la efectividad y la disponibilidad de apoyo social son factores importantes que influyen en la vulnerabilidad y afrontamiento de una persona.

Tal y como afirman Sarason I Sarason (1966) cada vez hay más evidencias de que las personas con poco apoyo social presentan formas desadaptadas de pensar y comportarse con más frecuencia que otras que sí cuentan con una red social.

En los estudios realizados por Levin, Bershberger, Russell y Marlett (1991) y por Cutrona, Russell, Messling, Brown y Murry (1999) se confirma una relación significativa entre integración social, salud, apoyo social y bienestar, haciendo énfasis en la importancia de tener fuentes de apoyo social estables.

Se ha comprobado también que las fuentes de apoyo social más significativas son las relaciones familiares, (Cassidy, 1999; García Hoyos, 2002) y las relaciones de pareja (Escribá, 2001). Sin, por su parte, afirma que el apoyo íntimo (la pareja) es la forma de apoyo social más investigada y ha probado ser la más efectiva para contrarrestar los efectos del estrés (Lin et al., 1986).

Sin embargo, a pesar de la ya comentada relación positiva entre apoyo social y bienestar y del papel relevante del apoyo social como recurso moderador de los efectos del estrés sobre las personas, en el medio penitenciario el papel del apoyo social, bien exterior o bien dentro de la prisión, ha sido escasamente investigado.

Por un lado, tal y como afirma Lindquist (1999) aunque la integración social se ha relacionado de forma consistente con el bienestar en la población general, esta relación ha sido escasamente explorada científicamente en el contexto penitenciario. Este medio representa unas condiciones únicas que tienen el potencial de alterar las relaciones entre apoyo social y salud mental. Se presume que las redes sociales externas e internas a la cárcel pueden servir como factor protector frente a los efectos adversos del medio penitenciario e influir positivamente en la salud mental de los reclusos.

Como sostienen Moreno y Ruiz (2005) aunque en algunos estudios se tiene en cuenta esta variable como factor protector o mediador, no existen muchos trabajos que analicen específicamente la influencia del apoyo social en el ajuste de los internos al ambiente de encarcelamiento.

Lo mismo opina Edwards, (1997) al señalar que son diversos los estudios que han identificado correlaciones entre la adaptación de los internos a la prisión y aspectos específicos del ambiente de la cárcel, prisionización, y relacionando estos resultados con valores y experiencias interiorizados por el sujeto durante su proceso de socialización. Sin embargo pocas de estas investigaciones incluyen el papel del apoyo social y su relación con el ajuste al entorno penitenciario.

Cierto es que evaluar el apoyo social de la familia o pareja con las personas en prisión no es tarea fácil, la separación del interno de su red social hace complicado medir el tipo, calidad y efectividad del apoyo que recibe. Normalmente las investigaciones sobre apoyo social externo suelen centrarse en datos directamente observables, como son las visitas, llamadas o cartas recibidas y enviadas a amigos y familiares, o en la percepción subjetiva que el interno tiene del apoyo que recibe.

A pesar de las dificultades, su importante papel hace prioritaria una mayor proliferación de la investigación científica sobre el tema. En línea con Gibbs (1992a) podemos afirmar que el contacto con las redes externas son un elemento crucial como estabilizador para el bienestar y el estado de salud de los internos, especialmente

Gulema Altamirano Argudo.

durante el periodo inicial de encarcelamiento. No solo es beneficioso desde un punto de vista emocional, sino también a nivel de recursos económicos y materiales, ropa, dinero o peculio, artículos básicos). (Gibbs, 1992b). Sin embargo mantener las relaciones con el exterior puede resultar difícil y doloroso.

De hecho, los resultados obtenidos por (Lindquist 1999) indican que más que promover el bienestar mental, las relaciones sociales dentro y fuera de la cárcel están asociadas con mayores niveles de estrés. En concreto, los internos casados informan de mayores niveles de depresión y ansiedad, y aquellos internos con relaciones más cercanas dentro de prisión informan de mayor hostilidad. Estos resultados sugieren que la integración social dentro de prisión juega un papel diferente sobre el bienestar del individuo que para la población general, debido posiblemente a la estigmatización de la persona y su separación formada de sus redes de apoyo.

Parece importante realizar futuras investigaciones sobre la función del apoyo social en relación con el bienestar de la población reclusa, para refutar o corroborar los resultados de (Lindquist).

a) Apoyo social externo

Una de las maneras de adaptarse a la prisión identificada Schmid y Jones (1993) es reduciendo el contacto con el mundo exterior, ya que estos la hacen el paso del tiempo más difícil. Los internos están tentados a romper todo contacto con el exterior ya que le suponen un recuerdo de todo lo que dejan atrás al entrar en prisión. A pesar de esta primera idea, la mayoría de los reclusos hacen un esfuerzo muy grande por mantener el contacto con su red de apoyo externo.

Para aquellas personas que se encuentran en prisión la familia es un indicador todavía más relevante de su integración social, ya que prueba una conexión mantenida con el mundo exterior.

Travis, Cincotta y Solomon (1995) señalan que los resultados en la literatura destacan la importancia del contacto entre los miembros de la familia durante la estancia en prisión, y el beneficio de facilitar el contacto durante la misma reduce el impacto de la separación. En la literatura estadounidense, (Airston 1992) destaca que consistentemente se ha encontrado que, al comparar reclusos que mantienen fuertes lazos familiares durante la estancia en prisión con aquellos que no, los primeros tienen una significativamente mejor reinserción social.

Por su parte, Moreno y (Cambrano 1995) afirman que el éxito de los programas de tratamiento realizados en prisión dependen en gran medida de las relaciones de los internos con sus familias, sin embargo, la importancia de dichas relaciones no ha tenido una relevancia del todo efectiva en las políticas penitenciarias a nivel internacional.

En el caso de la Administración Penitenciaria española, parece que ha habido una toma de conciencia sobre la importancia de facilitar el contacto del interno con el mundo exterior, especialmente con su red cercana de apoyo social (familia de origen y adquirida) y para ello, se han puesto en marcha diferentes iniciativas, además de

las llamadas telefónicas y comunicaciones por locutorio, las comunicaciones de convivencia y vis a vis íntimos son especialmente apreciadas por los internos. Unido a esto, las jornadas de convivencia con la familia, en el marco de programas específicos como los Módulos de Respeto o Comunidades Terapéuticas Intrapenitenciarias, o las salidas programadas con la participación de los familiares, son medidas innovadoras que están teniendo muy buenos resultados sobre el bienestar y estado de ánimo de los internos.

No obstante, mantener el vínculo exterior con los seres queridos no es fácil, al entrar en prisión se produce un distanciamiento de la red de apoyo social del individuo, especialmente de la familia de origen y adquirida, que es muy difícil de afrontar y que requiere de un gran esfuerzo mantener, lo cual no siempre es posible por motivos económicos, o de lejanía. El nivel de éxito o fracaso del interno en mantener las relaciones con su red social exterior son muy variables, y dependen de factores como la edad, la duración de la condena y probablemente, el género.

Gallagher observa, por ejemplo, que entre la población masculina los internos más mayores informan de un número significativamente mayor de visitas en los meses anteriores a la encuesta que los más jóvenes (frecuencia de 5,7 visitas vs. 1,3, respectivamente) (Gallagher, 1995).

En relación con las diferencias por género, aunque todavía son escasas las investigaciones en prisión, también puede influir en la integración del individuo con su red de apoyo exterior. Estas diferencias sí que han sido corroboradas en la población general (Turner y Marino, 1994; Pearlin et al., 1991; Ross y Mirowsky, 1999; Elle, 1997). Algunos estudios han diferenciado entre el efecto del apoyo social y su ausencia en hombres y mujeres, encontrando que el apoyo social es un factor protector tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, la ausencia de esta red social cercana tiene efectos significativamente más perjudiciales sobre la salud mental en el caso de las mujeres.

Aunque todavía es pronto para confirmar si estos resultados se mantienen durante la estancia en prisión, nos atrevemos a afirmar que pueden no solo corroborarse sino incluso agravarse las consecuencias de la ausencia de apoyo social sobre la salud mental en el caso de la población reclusa femenina.

Un dato que va en esta línea es el hecho de que el estigma que acompaña a las mujeres que entran en prisión es mucho más severo que para los hombres, lo que posiblemente debilite sus relaciones sociales fuera de la cárcel.

Resultados que avalan este planteamiento son los de Galvan J y cols (2006). Estos autores realizaron una investigación con 212 mujeres internas en un Centro Penitenciario de Ciudad de México para identificar sus principales fuentes de apoyo y el impacto de su existencia o ausencia sobre la salud física o mental de estas reclusas, encontrando que la percepción de su salud fue más negativa y los episodios depresivos más frecuentes en las mujeres que no habían recibido visitas en el último mes (6v) sin ser esta una relación significativa. Más del 60% de las entrevistadas refería tener sentimientos de soledad.

Otros estudios en la misma línea (Agar, 1993; Afolabi, 1996; Muras, 1999), confirman que las mujeres reclusas son abandonadas normalmente y con

Juliana Altamirano Argudo.

más frecuencia que los hombres, por sus familiares y amigos desde el momento que ingresan en prisión.

Una de las figuras más importantes para la mujer, como es la pareja, es quien más frecuentemente rompe todo vínculo con ella al entrar en prisión, lo cual resulta paradójico teniendo en cuenta que un porcentaje muy significativo de mujeres incurre en este tipo de comportamientos delictivos por influencia de su pareja (Morgan y Dinovitzer, 1994; Campbell, 2000; el Chap, 2001).

Una posible explicación a este repentino abandono de la pareja, de la familia y de su red social cercana podría estar, además de en el estigma de ser reclusas, en que la cultura patriarcal las penaliza al entrar en prisión y abandonar su rol de cuidadoras de la familia y de madres, por lo que, a los ojos de los demás, no se hacen merecedoras de apoyo y consideración, y si de rechazo y exclusión. Esta falta de apoyo social tendrá un alto impacto sobre su bienestar físico y emocional.

Además de la edad y el género, la duración de la condena parece impactar en el mantenimiento de las relaciones sociales con el exterior. Tanto en hombres como en mujeres el número de personas en las que apoyarse fuera así como su satisfacción con su red de apoyo declinan según pasa el tiempo de encarcelación (Paulus y Dandolet, 1993). Estos resultados sugieren que según aumenta el tiempo de condena, el apoyo social dentro de prisión se convierte en un factor más significativo para el bienestar del individuo que el apoyo exterior.

b) Apoyo social dentro de prisión

Conviene también analizar el papel del apoyo social dentro de prisión, a través de las relaciones de amistad o afecto con otros internos, o con el personal penitenciario.

Cuando un individuo entra en un Centro Penitenciario, está expuesto a nuevas relaciones que pueden ser tanto beneficiosas como perjudiciales. Aunque sea escasa la literatura también en este tema, pensamos que las relaciones sociales dentro de prisión tienen consecuencias positivas para el bienestar y salud de los internos. Los lazos sociales formados por los reclusos, aunque no suelen tener una larga duración, pueden servir como recursos para hacer frente de manera más exitosa a los estresores asociados con la estancia en prisión. Se cree que las relaciones más cercanas dentro de prisión ayudan frente al dolor de estar preso (Sykes, 1959) y frente a otros estresores a los que tiene que enfrentarse el interno. No obstante, como decíamos, es muy escasa la investigación empírica sobre la integración social dentro de prisión que permita confirmar este planteamiento.

En un estudio reciente, Edwards (2000) encontró que la percepción en relación al soporte social recibido dentro de prisión tiene un mayor peso sobre la salud emocional de los internos que el apoyo social externo.

Las relaciones que se forman y mantienen dentro de prisión se suelen medir por el número de amigos que informan los internos (tanto funcionarios como otros internos) y la presencia o ausencia de un confidente (alguien en quien el interno siente que puede confiar y hablar), (Fin et al., 1996). La media de amigos dentro de prisión varía

bastante de unos estudios a otros, entre los 1.0 (Gallagher, 1995) y 6.3 (Colsher et al., 1992) amigos.

Igual que sucede con las redes de apoyo exterior, la edad es un factor que también influye en las relaciones dentro de prisión. Los internos más mayores informan de tener significativamente un mayor número de amigos dentro de prisión (2.4) que los más jóvenes (1.4) y tienen más probabilidad de contar con un confidente (64% de los reclusos mayores informan tener un confidente, comparado con solo un 41% de internos jóvenes) (Gallagher, 1995).

De nuevo, y a pesar de la escasa literatura, se considera que el género puede influir en posibles diferencias en el apoyo social dentro de prisión. Aunque se trata de hipótesis, es posible que el mayor número de relaciones íntimas y homosexuales entre las mujeres reclusas (right, 1992; Good, 1994) conlleve un apoyo social más fuerte entre las internas. El impacto sobre la salud mental de este tipo de relaciones sociales es una línea de investigación todavía por explorar.

Para concluir conviene hacer dos últimos comentarios en relación al apoyo social como recurso.

Por un lado, referir que a lo largo de esta exposición no hemos mencionado las características del grupo de referencia que brinda apoyo social al interno. Si el apoyo social procede de familiares con antecedentes penales, consumidores de drogas o alcohol, o que han abusado física o sexualmente del interno durante su infancia, posiblemente la efectividad de este apoyo se mantendrá en el corto plazo, pero obviamente no tendrá tanta efectividad sobre la evolución tratamental y proceso de reinserción del interno. Sin embargo, no hemos hecho más hincapié en este aspecto, dado que estamos valorando el importante papel de este recurso para moderar los efectos de la estancia en prisión sobre los individuos, en el marco del Programa de Bienestar Psicológico propuesto.

Por otro lado, y en línea con lo anterior, no debemos olvidar que la población penitenciaria se caracteriza en un porcentaje muy elevado, por historias de vida con una alta frecuencia de eventos traumáticos, especialmente abuso físico, y sexual en el caso de las reclusas, y carencias de tipo emocional, afectivo e incluso en cuanto a necesidades básicas. Las secuelas de estas vivencias en el individuo posiblemente van a influir en la relación entre apoyo social y bienestar, es por ello que en nuestro programa, se dedica una parte de la evaluación a este tipo de eventos traumáticos especialmente en la infancia y adolescencia, para tenerlo en cuenta en el módulo del Programa de Bienestar dedicado al apoyo social y las relaciones positivas.

6.2. Recursos personales

Del amplio abanico de recursos inherentes al individuo que actualmente están siendo objeto de investigación en la literatura científica hemos seleccionado los más relevantes para el programa propuesto, a partir de la revisión realizada de las aportaciones del Modelo de Personalidad Positiva y Salud de MorenosJiménez y

Juliana Altamirano Argudo.

colos (2005) y teniendo en cuenta el Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff y sus seis dimensiones, que estructuran nuestra intervención.

Desde el Modelo de Recursos y Demandas de Lazarus y Demerouti (2000) en el que nos basamos, se entienden los recursos personales como aquellas características positivas de las personas, generalmente vinculados con las habilidades individuales, que permiten:

- manejar satisfactoriamente las condiciones del ambiente,
- tienen la capacidad de reducir o amortiguar el potencial impacto negativo de las demandas, y, a la vez,
- pueden ser origen por sí mismos de procesos positivos, pudiendo ser motivos en sí mismos y fuente de crecimiento y desarrollo personal.

Desde el Modelo propuesto de Demandas y Recursos en Prisión, los recursos personales tendrán un doble papel en la relación entre estresores y bienestar en prisión.

1. Como moderadores, reduciendo el impacto de las demandas, identificándose con las características mentales de las personas, que reducen el impacto negativo de los estresores o demandas sobre el bienestar psicológico (Robb, Jonson, Ennis, y Jackson, 2003).
2. Como el mejor predictor de la motivación, el aprendizaje, y la implicación del interno con su propio proceso de reinserción.

En nuestro programa se distingue, por tanto, entre:

- Las estrategias de afrontamiento, o conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar las demandas internas y externas de una determinada situación estresante. Tienen un importante papel mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.
- Los recursos psicológicos, que en la literatura se definen también como recursos personales, son las características mentales de las personas que reducen el impacto negativo de los estresores o demandas sobre el bienestar psicológico. (Robb, Jonson, Ennis, y Jackson, 2003). Permiten a los individuos enfrentarse a las demandas externas e internas en situaciones estresantes. (Durán, Extremera, Linares, Hernández-Leal, y Montalbán, 2006).

6.2.1. Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento puede ser entendido como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante, independientemente de sus resultados. El proceso de afrontamiento no es constructivo o destructivo en sus consecuencias, sino que sus costos y beneficios dependen de la persona, su momento y el contexto de estrés (Rodríguez-Morín, 1996).

El bienestar psicológico en prisión.

Existen dos principales aproximaciones científicas al estudio del afrontamiento, como estilo y como proceso. Son las dos esenciales ya que cada una aborda un aspecto diferente del problema, y ambas se complementan. La centrada en el estilo lo hace sobre los rasgos de personalidad y disposición, y la centrada en el proceso sobre la influencia del contexto y tiempo en el tipo de afrontamiento.

El afrontamiento ante situaciones de estrés comenzó a estudiarse en los años 60 y 70, como un estilo de personalidad. Inicialmente, desde el psicoanálisis se entendía en el marco de los mecanismos de defensa a cada uno de los cuales se asociaba una determinada psicopatología. De hecho, hay personas que ante situaciones amenazantes utilizan mecanismos de defensa inconscientes, como la negación o el aislamiento emocional, sin enfrentarse a su realidad y ocultando el problema de forma no consciente.

Posteriormente y a partir de esta concepción, autores como Menninger, (1950) o Vaillant (1984), plantearon una aproximación jerárquica a las respuestas de afrontamiento, considerando el afrontamiento como la respuesta más saludable y adaptativa, la defensa como un proceso neurótico y el fallo del ego como la adaptación de estilo psicótico. En la misma línea trabajó el grupo de Chicago, considerando el afrontamiento y la defensa como conceptos centrales y estudiando las escenas de la vida diaria de sus pacientes.

Es a partir de los años 70 que se empieza a considerar el afrontamiento como un proceso. Así, por ejemplo, para Lazarus y Folkman (1984) el afrontamiento, lejos de ser un constante, está formado por ciertas cogniciones y conductas que se ejecutan como respuesta a situaciones estresantes específicas que son evaluadas por encima o por debajo de los recursos del individuo. La relación entre estrés y afrontamiento es recíproca, debido a que las acciones que realiza una persona para afrontar un problema afectan la valoración del problema y el consiguiente afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984; Stone, Greenberg, Kennedy-Moore y Newman, 1991).

Las estrategias de afrontamiento se pueden estudiar también desde el modelo salutogénico, desarrollado ampliamente por Antonovsky (1979, 1980) que hemos tomado como referente para el diseño de este Programa de Bienestar Psicológico. Este modelo se contrapone al clásico paradigma psicopatológico, y permite analizar a la persona que no al paciente en un continuo salud/enfermedad, tratando de responder a la pregunta de qué factores protectores promueven que el sujeto se sitúe en el extremo positivo de ese continuo.

En relación con el afrontamiento, y siguiendo a Antonovsky (1980), podemos afirmar que, en el momento de hacer frente a un estímulo perturbador, en la persona se genera un estado de tensión con el que hay que luchar.

El grado de adecuación en el manejo o control de esta tensión determinará que el resultado sea psicopatológico, neutral o salutogénico. Esta misma circunstancia es la planteada en el Modelo de Demandas y Recursos en Prisión, al hablar del proceso de tensión/desequilibrio entre altas demandas y pocos recursos. El afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación entre una situación estresante y determinados síntomas de enfermedad (Robasa, Maddi y Jahns, 1992). Actúa como regulador de la perturbación emocional: si es efectivo no se presentará

Juliana Altamirano Argudo.

dicho malestar. En caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad.

Sin embargo, un adecuado control de la tensión frente a los estresores parece determinar un afrontamiento exitoso y un concomitante estado de bienestar.

En cuanto a los estilos o tipos de afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento cubre dos tipos de objetivos: a) alterar la fuente provocadora de estrés modificando la situación (centrado en el problema). Las respuestas por aproximación son aquellas que se focalizan en el problema y se refieren a intentos cognitivos o conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. b) cambiar la manera en que el estresor es tratado para reducir así el estado emocional negativo (centrado en las emociones). El afrontamiento por evitación lo que tiende es a estar centrado en la emoción y refleja los intentos cognitivos y conductuales de evitar pensar en el estresor y sus consecuencias. Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, (1986); Rydenberg y Weiss, (1991); Plancherel y Polognini, (1995).

Estas dos funciones pueden complementarse a la hora de contribuir al funcionamiento global del individuo o pueden interferirse. Normalmente, tal y como han mostrado diferentes estudios, cuando el individuo considera que las circunstancias no se pueden modificar, emplea el afrontamiento centrado en las emociones, de hecho el uso de respuestas centradas en el problema pueden resultar contraproducentes y cuando percibe que lo puede modificar utiliza la respuesta centrada en el problema. Este será el caso de muchos estresores que ocurren dentro de prisión.

De las investigaciones realizadas por Lazarus y Folkman desde este marco teórico, han llegado a interesantes conclusiones, muy a tener en cuenta en el módulo de nuestro programa dedicado a las estrategias de afrontamiento.

- ☐ En cualquier situación estresante, las personas tienden a usar estrategias de tipo analítico.
- ☐ Algunas estrategias de afrontamiento son más estables que otras. McCrae y Costa, (1986), y la utilidad de cualquier patrón de afrontamiento variará según el tipo de situación estresante, el tipo de personalidad, y los resultados obtenidos finalmente.
- ☐ Cuando las circunstancias amenazantes se perciben como resistentes al cambio, se emplean estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y cuando se percibe que la situación puede ser controlada predomina una respuesta centrada en la solución.
- ☐ La respuesta de afrontamiento es capaz de mediar el resultado emocional, cambiando el estado emocional desde el inicio al final de la situación estresante. Así, determinadas estrategias de afrontamiento llevan asociadas respuestas emocionales positivas y otras, emociones de tipo negativo. Folkman y Lazarus (1984a; Folkman, 1984b).

Estudios longitudinales Finney y Moos, (1991) permitieron observar que, a pesar de que las respuestas de afrontamiento son específicas para la situación, siguen reflejando un aspecto de las tendencias personales estables y vinculadas con el funcionamiento de la persona a lo largo de su vida, esto es, un patrón o estilo predominante.

Por lo que, más allá de las situaciones específicas por las que los evaluados están atravesando, la utilización de respuestas de afrontamiento evitativas, sobre las de aproximación, constituye una modalidad de respuesta que se ha ido conformando a lo largo de la historia vital de estas personas, afirmación que nos resulta muy reveladora al intervenir sobre la población penitenciaria.

No obstante, aun cuando se pueda sostener que la modalidad de afrontamiento de un sujeto mantiene cierta estabilidad, también debemos considerar que existen situaciones que generan una ruptura en las formas habituales de responder, y/o refuerzan otras. Tal es el caso de la situación de encarcelamiento con todas sus consecuencias y efectos que produce sobre el individuo. Cuando se produce, como sucede al ingresar en prisión, un aumento importante de demandas ambientales, si esto no va acompañado de un incremento adecuado de activación de recursos y estrategias de afrontamiento, puede afectar al bienestar del individuo y provocar desequilibrios psicológicos. No olvidemos, como plantea Valverde Molina (1991), que el régimen carcelario dirige por completo las actividades del sujeto, de manera que ya nada depende de él, lo que va produciendo una pérdida en el control sobre la propia vida.

En el medio penitenciario resulta especialmente relevante conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los internos dadas las distintas situaciones a las que potencialmente se enfrentará por su situación de reclusión.

Sin embargo, las personas privadas de libertad no siempre cuentan con unas estrategias suficientemente efectivas para afrontar esta situación de reclusión, que exige una fuerte activación de recursos. Gamble y Porporino (1985) mostraron que los reclusos utilizan sobre todo estrategias de afrontamiento caracterizadas por la reacción emocional y la evitación, más que las centradas en el problema, dato también confirmado por un estudio de Mohino, Birchner y Gorms (1994).

Roger, Jarvis y Najarian (1983) proponen un modelo de cuatro factores sobre estilos de afrontamiento, específico para el contexto penitenciario. Los cuatro estilos propuestos son el distanciamiento, la evitación, el afrontamiento centrado en las emociones y la confrontación o afrontamiento centrado en el problema.

1. Los autores destacan como más adaptativo el distanciamiento, que consiste en que el individuo acepta la existencia de estresores pero minimizando el impacto emocional de estos estresores, negándolo y distanciándose del significado emocional que tenga.
2. El distanciamiento y la solución racional parecen ser las estrategias más adaptativas en prisión, asociadas a menos rumiaciones y menos impulsividad.
3. La evitación y el afrontamiento centrado en las emociones resultan menos adaptativos y se asocian a más rumiaciones e impulsividad.

Este modelo parece adecuarse muy bien al medio penitenciario ya que, por ejemplo, el distanciamiento resulta una estrategia adaptativa en este ámbito por hacer más énfasis en intentar negar el efecto de los estresores sobre uno cuando estos estresores son difíciles de controlar.

Autores como Brown, S. y Ireland (1996) han encontrado resultados que confirman este modelo con jóvenes reclusos. Exploraron los estilos de afrontamiento y

estrés en jóvenes adolescentes recién encarcelados, encontrando que el distanciamiento y la baja expresión de emociones ayudan a los adolescentes en prisión a adaptarse más positivamente al periodo inicial de encarcelamiento, teniendo en cuenta los estresores específicos del medio penitenciario.

Miulic y Crespi (2014) también evaluaron las modalidades de afrontamiento entre internos frente a diferentes situaciones que perciben como estresantes, confirmando un predominio de respuestas de afrontamiento evitativas, siendo las principales situaciones estresantes mencionadas la privación de libertad, el distanciamiento familiar y la ruptura con la pareja.

Este resultado se ha asociado, en diferentes investigaciones, con estados de indefensión que impiden a la persona lograr bienestar y control sobre sus propias vidas, y desarrollar características resilientes. Como afirman estas autoras, Miulic y Crespi (2014), el predominio de este tipo de respuestas es un factor de riesgo importante al implicar un posicionamiento pasivo por parte de la persona que muchas veces se asocia con la percepción de no poder hacer nada para modificar, por sus propios medios, una realidad que genera sufrimiento.

Este tipo de afrontamiento, además, puede tener graves consecuencias en el medio prisional (Pirchner, 2003). Seiffges (2011), en uno de los pocos estudios longitudinales sobre este tema, observa una clara relación entre afrontamiento evitativo y psicopatología, correlación que se mantiene a lo largo del tiempo. También se ha confirmado la relación del estilo de afrontamiento evitativo con trastornos específicos, sobre todo de tipo depresivo (Lapointe y Marcotte, 2011; Roberts, Roberts y Chen, 2011; Vendette y Marcotte, 2011; Indle y Davies 1999).

McMurrin, M. y Christopher, G. (2011) estudiaron la relación entre la estrategia de solución de problemas, la ansiedad y la depresión en un grupo de internos. Partieron de la hipótesis de que una orientación negativa al problema sería el predictor de más peso de la ansiedad y depresión en internos en prisión, y encontraron que los sentimientos de amenaça, nerviosismo y miedo a responder a los problemas podían servir, en ocasiones, como factor protector del individuo frente al conflicto. Sin embargo estas reacciones dificultaban a su vez el adecuado afrontamiento del encarcelamiento y la participación efectiva en programas de rehabilitación.

Por otro lado, una respuesta de afrontamiento a la encarcelación en mujeres, explorada por Gilty, J. (2011) es la conducta autolesiva, no limitada a infringirse heridas, sino también a desórdenes de conducta y consumo de sustancias, y que algunas mujeres en prisión usan para expresar sus emociones y hacer frente a su estrés diario.

Como menciona Gilty, J. (2011) el consumo de sustancias psicoactivas puede ser una manera de afrontar el estrés sufrido en prisión. Se trata de una respuesta de evasión o evitación de la situación estresante, que resulta especialmente relevante en los casos en los que no ha habido consumo de sustancias psicoactivas previo al ingreso en prisión, dadas las consecuencias y efectos que para el individuo puede tener este inicio en el consumo de drogas.

De la literatura revisada vemos que el consumo de drogas, como respuesta de afrontamiento, es más frecuente en los hombres reclusos, sin embargo, también parece ser muy alta su prevalencia en el caso de las mujeres presas. No obstante, son escasas las

investigaciones sobre el consumo de drogas como respuesta al estrés dentro de prisión, por lo que sería interesante profundizar en las relaciones entre las altas demandas y los patrones en el consumo de drogas, su frecuencia e intensidad, y el papel de variables de tipo emocional y consecuencias sobre la salud mental del interno (p.ej. sintomatología ansiosodepresiva).

Los resultados encontrados en prisión irían en la línea de Lazarus y Folkman cuando defienden el uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones cuando no es posible la solución del problema. En el caso del encarcelamiento, el régimen de vida en prisión limita mucho las respuestas a los problemas que pueden dar los internos, por lo que estas respuestas de afrontamiento de tipo evitativo o centradas en la emoción son adaptativas, aunque, como ya hemos comentado, tendrán efectos adversos sobre el individuo en el medio prisional, destacando el agotamiento emocional consecuencia del continuo esfuerzo del interno por hacer frente a las emociones derivadas de la situación estresante.

En su trabajo, Kirby, E. y cols. plantean la importancia de programas de intervención conductual para formar a las personas afectadas por diferentes estresores a usar estrategias de afrontamiento que reducan los factores psicosociales de riesgo a los que están expuestas. Compartimos por completo este planteamiento de Kirby y colaboradores, de hecho en el programa propuesto se dedica una parte muy importante de la evaluación y de la intervención a la adquisición de unas adecuadas estrategias de afrontamiento por parte de los internos participantes.

En la línea de los recursos penitenciarios antes comentados, es muy relevante el trabajo de Lucaloo, J. y cols. (2000) que demostraron cómo el deporte es una respuesta de afrontamiento adecuada y eficaz a la situación de encarcelamiento, al bajar los niveles de depresión, estrés y ansiedad entre los internos.

En cuanto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y bienestar, hay una literatura todavía escasa, sobre todo en el contexto penitenciario.

Los estudios que relacionan afrontamiento y bienestar psicológico han sido realizados con algunas dimensiones del constructo de bienestar. No se han encontrado estudios que relacionen un índice general de bienestar con estilos y estrategias de afrontamiento.

Hay autores que afirman que el afrontamiento centrado en el problema disminuye el malestar psicológico, mientras que el centrado en la emoción lo incrementa (Elton y Revenson, 1994; Griffith, Dubois y Ippolito, 2000). Otros autores, sin embargo, informan de resultados contrarios (Aum, Fleming y Singer, 1993; Marrero, 1992; para una revisión ver Aldwin 1994).

Algunos investigadores lo que defienden es que ambas modalidades de afrontamiento son importantes para una la óptima adaptación al estrés, según el tipo de estresor (Stern y Evron, 1989). Por ejemplo, los adolescentes, ante estresores relacionados con la familia, utilizan preferentemente estrategias de evitación, en cambio frente a estresores escolares suelen utilizar estrategias de aproximación (Griffith, Dubois e Ippolito, 2000).

Gulema Altamirano Argudo.

En el medio penitenciario, Cooper I (Livingston 1991) y Cooper I (Perlick 1997) están entre los autores que han estudiado si existen diferencias individuales en el número y tipo de mecanismos de afrontamiento utilizado por los internos en relación con su bienestar psicológico. Encontraron que la mayoría de las asociaciones exploradas eran bajas y negativas, indicando esto que aquellos que usan varios mecanismos de afrontamiento sufren de mayor estrés que aquellos que no. Esto sugiere que las estrategias de afrontamiento no son siempre efectivas a la hora de reducir el nivel de estrés, por lo que será interesante conocer qué otros factores ayudan a los internos a hacer frente a su vida diaria en prisión.

González Montoya, Casullo y Bernabeu (2002) estudiaron la incidencia de la edad, el género y el nivel de bienestar de una muestra de internos sobre los estilos y estrategias de afrontamiento que usan, encontrando una relación significativa entre el constructo de bienestar y afrontamiento.

Por último, mencionar el trabajo de Brown y Carol (2005), que estudiaron la efectividad de los estilos de afrontamiento empleados por una muestra de jóvenes en las primeras seis semanas de su encarcelamiento y la relación con su nivel de bienestar. Sus resultados, en la línea de los obtenidos con adultos, indican que a partir de las seis semanas de prisión, los síntomas de depresión y ansiedad se reducen, y las estrategias de afrontamiento pasan, por lo general, de estar centradas en reducir el estado emocional a ser de tipo evitativo o centrado en la solución.

No se puede hablar, tal y como se hacen Brown y Carol (2005) sin embargo, de una relación causal entre la reducción del nivel de estrés y los cambios en la estrategia de afrontamiento, ya que no parece claro que los cambios en el afrontamiento precedan a los cambios en el nivel de bienestar. Si que se puede afirmar de los resultados obtenidos por estos autores que el estilo de afrontamiento influye en los niveles de depresión en jóvenes en prisión y que este estilo se adapta para hacer frente de la mejor manera al periodo inicial del ingreso en la cárcel.

6.2.2. Recursos psicológicos

En los últimos años, la investigación de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar ha experimentado un aumento considerable (Snyder y Monson, 2002; Scheier, Carver y Bridges, 1994; Seligman, y Csikszentmihalyi, 2000). En algunos casos etiquetados como recursos psicológicos y otros como recursos personales, nos referimos a los recursos de un individuo que le ayudan o interfieren con sus habilidades para evaluar y afrontar los desafíos de la vida generando o mediando respuestas hacia la obtención de bienestar.

Algunas de las definiciones que, desde la Psicología Positiva, se ha dado a los recursos psicológicos o personales, son las siguientes:

Pearlin y Schooler (1978), consideran que estos recursos podrían definirse como depósitos de cualidades y capacidades, que pueden potencialmente facilitar el afrontamiento y los procesos de la adaptación.

El bienestar psicológico en prisión.

Marina (2005) por su parte, define los recursos psicológicos como aquellas capacidades, destrezas, rasgos de carácter, que facilitan el acceso de una persona a la felicidad, al sentido de bienestar y a la creatividad.

Barbara Fredrickson (2002), en su teoría de construcción y ampliación de las emociones positivas, considera que estos recursos pueden favorecer la probabilidad de experimentar un afrontamiento más adaptado de las situaciones o eventos cotidianos.

Por su parte, Antonovsky (1971) utilizó el término de recursos generalizados de resistencia para describir las características que facilitan el manejo del estrés.

Luceta y Bueno (1995) indican que se puede considerar como recursos cualquier variable que suponga alguna tendencia a interpretar las situaciones potencialmente estresantes como retos en lugar de amenazas.

Además, los recursos personales son, hasta un punto, susceptibles a los cambios en el ambiente (Luthans y cols., 2006).

En su relación con el estrés, podemos afirmar que los recursos personales permiten a los individuos enfrentarse a las demandas externas e internas en situaciones estresantes (Durán, Extremera, King, Fernández-Perrocal, y Montalbán, 2006).

Así, en 1971 Pearlin y Schooler ya demostraron empíricamente el grado en que los recursos personales, por sí mismos, neutralizan los efectos del estrés en comparación con los procesos reales de afrontamiento.

En esta línea, Lazarus y Folkman (1986) expresan que los recursos personales pueden incrementar el estilo de afrontamiento de aproximación, a través de procesos de valoración, mediante el fomento de las creencias positivas de uno hacia su propia capacidad de enfrentarse exitosamente a una experiencia amenazante.

Jerusalim (2002) también reportó que los recursos psicológicos resultaron ser fuertes predictores de la evaluación del estrés y que tenían un impacto significativo en el afrontamiento y la salud.

Diversos estudios se han centrado en algunos rasgos y habilidades personales concretos comprobando que ayudan a resistir el estrés (autoestima, habilidades sociales, destrezas, etc.), pudiendo considerarse según Jobbott (1999) como recursos, en la medida que así lo hagan.

En su asociación con estresores agudos, Vázquez y Pérez Sales (2003) indican que hay determinadas características personales que pueden ser relevantes a la hora de enfrentarse con éxito a los hechos traumáticos, impidiendo o atenuando el desarrollo de consecuencias psicológicas negativas.

Por su parte, en la relación entre recursos psicológico y bienestar, también se ha comprobado empíricamente que estos recursos influyen de forma importante en el bienestar subjetivo (Cummins y Nistico, 2002).

En esta línea, como indica Jerusalim (2002) los recursos psicológicos son características básicas de la personalidad, que ayudarán al individuo a evaluar y afrontar los retos de la vida, generando o mediando las respuestas enfocadas a obtener o recuperar el bienestar.

Juliana Altamirano Argudo.

Otros autores como Hobfoll (1988, 1991) dan un importante papel a los recursos personales ya que permiten a las personas enmarcar sus experiencias con optimismo y dominio. Hobfoll, en su teoría de la conservación de recursos, sugiere que aquellos que tienen altos recursos personales pueden construir cognitivamente sus experiencias positivas, influyendo por tanto en su propio bienestar.

Además, varios autores afirman una relación significativa entre recursos psicológicos concretos, como la autoestima o el sentido de la maestría, con la satisfacción de la vida (bienestar) y la depresión (Diener, 1984).

Por su parte, en la literatura científica revisada en relación con recursos específicos algunas de las variables más estudiadas son la autoestima (Ensel y Stein, 2004; Pierce, Gardner, Cummings y Dunham, 1988), el sentido de coherencia (Elovainio y Ilvima, 2000), la expresión emocional (Arran, Costa, Hayes, Cancio, Magallón y Hernández, 1996), el optimismo (Seligman y Carver, 1985; Scheier y Carver, 1982; Seligman, 1981, 2002; Tournier, Ridder, y Lensing, 1988), la autoeficacia (Bandura, 1977), y la autoestima.

En cuanto a la relación de estos recursos concretos con la salud mental de los individuos, Seligman (1988), por ejemplo, afirma que los experimentos en los últimos años han originado una incesante corriente de evidencias científicas en el sentido que los rasgos psicológicos, en particular el optimismo, están en condiciones de producir buena salud.

En varias investigaciones se observa cómo el optimismo, el sentido de control personal, la capacidad de encontrar el significado a las experiencias de la vida son recursos psicológicos valiosos que están asociadas a la salud mental (Arran, 1983; Taylor, 1988).

Taylor y cols., (1982) consideran que el buen desarrollo de los recursos psicológicos (optimismo, sentido de control, autoestima positiva) contribuyen al afrontamiento activo de todos los factores añadidos a la enfermedad.

Existen antecedentes en donde el afecto positivo promueve la flexibilidad cognitiva, las respuestas innovadoras, la búsqueda de información, además de promover respuestas de generosidad y altruismo (Isen, Daubman y Niemic, 1987) también el sentido del humor; se ha relacionado como moderador importante y significativo entre el estrés y los estados de ánimo negativos (Martín y Defcourt, 1993).

Aspinwall (2001) hace mención de que el uso del humor, la religión, las interacciones sociales pueden interpretarse como mecanismos regulatorios para enfrentar la adversidad.

Taylor y cols. (2000) sugiere que el control y optimismo como recursos pueden no sólo preservar la salud mental en el contexto de acontecimientos traumáticos o peligrosos para la vida, sino ser también protectores de la salud física.

La investigación de estas variables han permitido determinar el efecto que podrán tener en la salud y el malestar físico, encontrando una asociación positiva entre los recursos psicológicos y la salud física, y la disminución de los recursos psicológicos relacionada significativamente con el malestar físico (Solberg y Scott, 1987).

El bienestar psicológico en prisión.

En último lugar, y tal y como afirma Peterson (2000) no debemos olvidar que no pueden entenderse los conceptos psicológicos complejos sin considerar los ambientes o contextos culturales en que estos se dan, en nuestro caso, sin olvidar el marco de la prisión.

Dicho todo esto, los recursos psicológicos, en el programa de intervención propuesto, se han elegido en función, por un lado, de los resultados en la literatura revisada sobre el tema y, por otro, de las aportaciones del Modelo Procesual de Personalidad Positiva y Salud de Morenos-Jiménez y cols. (2005).

Este modelo toma parcialmente como referencia los modelos salutogénicos, y pretende ser un modelo integral que añada dimensiones analizadas y compartidas por estos modelos, y las relacione con otras variables complementarias como las que hacen referencia a las competencias emocionales del individuo.

Considera, además, que la personalidad de los participantes es activa, es decir, los individuos tienen la capacidad suficiente para intervenir modificando al menos parcialmente su contexto y mantener alguna forma de control sobre el ambiente con una conducta constructiva que le permita aprender de todo tipo de experiencias, aunque sean aparentemente negativas, para obtener mejores resultados en el futuro. Para ello se trabaja en la concepción de las dificultades como oportunidades de avanzar y en la percepción de poseer las habilidades y recursos necesarios para ello.

Plantea que la personalidad como proceso se interrelaciona con un concepto de salud positiva, y está formado por múltiples facetas, no por rasgos inamovibles. Esta personalidad actúa modulando las situaciones de estrés desde los planos cognitivo, motivacionales, conductuales y emocionales del sujeto en relación con su ambiente.

Desde el Programa de Bienestar, y teniendo en cuenta lo mencionado hasta ahora, el desarrollo de los recursos psicológicos tiene como fin.

1. Potenciar una personalidad positiva que ayude a conseguir un afrontamiento cognitivo del interno frente a los estímulos aversivos y estresantes de su vida en prisión, con recursos que faciliten un control de las situaciones en función de su importancia, significado y ajuste a las demandas ambientales y expectativas personales.
2. Hacer énfasis en una parte motivacional, centrada en conseguir la implicación de la persona con lo que hace, enfrentándose a las situaciones y formando parte de su propio tratamiento dentro de prisión.

Los recursos psicológicos elegidos para su evaluación, adquisición y desarrollo a través del Programa de Bienestar Psicológico que proponemos, son los siguientes:

a) Autoeficacia

La autoeficacia hace referencia a las creencias sobre las capacidades propias que permiten organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para conseguir determinado rendimiento o conducta (Bandura, 1986 y 1997). Según Bandura, el éxito en el manejo

Juliana Altamirano Argudo.

y afrontamiento del entorno implica una capacidad sociosocognitiva generativa en la que se integran las competencias cognitivas, sociales y conductuales con el fin operativo de conseguir un propósito.

Siguiendo a Moreno-Jiménez, Garrosa, y Gálvez (2005), desde un modelo procesual de personalidad positiva, esta capacidad del sujeto activo también guardaría relación con otro tipo de competencias emocionales de afrontamiento que pretenden un aprendizaje o rendimiento específico, regulan la respuesta emocional y potencian los recursos emocionales de resistencia. Así, recientes estudios, por ejemplo, Idell, M. y cols. (2003), describen una correlación negativa entre autoeficacia y estrés emocional, o un papel moderador de la autoeficacia entre la exposición a conductas de acoso y consecuencias psicológicas para la salud (Mittelman, E.G. y Einarsen, S., 2002).

La autoeficacia como variable de motivación positiva se ha investigado en distintos ámbitos académico o educacional, por Hong y Skaalvi (2003), laboral por Cherniss (2003), y desde un enfoque clínico, se ha investigado por ejemplo su relación con la salud y conductas adictivas (Miller, 1999; Marlatt, Azar y Quigley, 1999), su aplicación a programas preventivos frente al SIDA (Planes, 1995), y su influencia en los procesos de adaptación a enfermedades crónicas.

b) Autoestima

Antes de hablar de la autoestima, conviene hacer referencia a una variable asociada con esta, el autoconcepto. Tal y como afirman Moreno-Jiménez, Garrosa y Gálvez (2005) el autoconcepto, es decir, la percepción que una persona tiene de sí misma, es un elemento esencial como autorregulador del proceso adaptativo de la persona a sus circunstancias ambientales. Proporciona tres funciones básicas (Moreno-Jiménez, 1997): identidad al sujeto, integración histórica a su experiencia vivida y niveles mínimos aceptables de autoestima. A partir de este planteamiento, variables de personalidad relacionadas con la identidad subjetiva y la autoevaluación, como por ejemplo, la autoestima y autoeficacia, son consideradas factores positivos de protección y potenciadores de conductas saludables.

Tradicionalmente, la autoestima ha sido asociada a la motivación de logro, a la sociabilidad, al ajuste profesional, y en definitiva a componentes afectivos positivos hacia uno mismo que colaboran en la consecución de estrategias conductuales de salud.

La alta autoestima se ha comprobado es uno de los predictores más fuertes del bienestar subjetivo (Campbell, 1981; Diener, 1984; Lyson, 1987), y del bienestar general (DeNeve y Cooper, 1999; Robins, Hendin, Trötschel, 2001). Como ejemplo, Diener (1994) citó 11 estudios en los cuales hay una asociación positiva entre la autoestima y el bienestar y Furnham y Cheng (2000) encontraron que la autoestima correlaciona de forma directa con la felicidad. También es importante por su relevancia en diversos cuadros psicopatológicos (Fager y Perst, 1999), y por su asociación con la conducta de búsqueda de ayuda psicológica (Kaplan y Pomeroy, 1969; Coopersmith, 1967), y con el estrés (Ellis y Marwell, 1976).

El bienestar psicológico en prisión.

Las definiciones de autoestima varían según se considera ésta como algo global y estable o como un fenómeno más situacional y variable en función del entorno. Por mencionar algunas de estas definiciones, Rosenberg (1965) la define como la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. En esta línea, Coopersmith (1967) entiende por autoestima la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo. Branden y cols (1994), por su parte, la definen como un sentido subjetivo y duradero de autosatisfacción realista. Bruno (1994) la entiende como lo mucho o poco que el sujeto valora sus condiciones personales. Allport (1975), considera la autoestima como una organización interna y única, que incluye experiencias afectivas, sensoriomotoras y cognitivas. Mruk (1994) la considera como el estatus vital de la competencia y el merecimiento de un individuo al manejar los retos de la vida a lo largo del tiempo.

De estas definiciones y siguiendo a MorenosJiménez, Garrosa y Gálvez (2005) podemos considerar que la autoestima hace referencia a cómo se aprecia el propio individuo, a la evaluación que hace de su autoconcepto. Incluye, por tanto, la autos percepción y las emociones más arraigadas en la persona.

Se trata, no sólo de un conjunto de características que definen a un sujeto sino, además, el significado y la valoración que éste le otorga, con las consecuencias que de ello se derivan para su salud física, mental y social.

En la relación entre autoestima y salud mental, la autoestima se ha asociado con cuadros como la depresión (Rosenberg, 1965; Kaplan y Pomeroy, 1968; Ryan, Puig Antich, Ambrosini, 1978; Rorion, Cifuelco, Andrews, 1984; Valleri, 1983), siendo un excelente predictor de ésta (Nemis, Granneman, Mathis, 1991), con trastornos alimentarios (Ghaderi y Scout, 2001), con trastornos de personalidad y ansiedad (Rosenberg, 1965; Kaplan y Pomeroy, 1968), o con fobia social (Báños y Guillén, 2000). También se ha demostrado que existe un riesgo alto de enfermedades coronarias cuando hay valores bajos de autoestima (House, 1982), o, que, en el ámbito laboral, una alta autoestima correlaciona con niveles bajos de burnout (Mc Mullen y Grant, 1994).

Sim y cols., (2001) afirman que la importancia de una autoestima sana reside en el hecho de que es la base de la capacidad de la persona para responder de manera activa y positiva a las oportunidades que se le presentan. Es la base también de esa serenidad de espíritu que hace posible disfrutar de la vida. Las personas con una alta autoestima están involucradas en vidas más activas con sentimientos de control sobre las circunstancias, son menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia (Rosenberg, 1962).

c) Autocontrol

Según Obasa (1974), la cualidad de control hace referencia básicamente a la tendencia de pensar y actuar con la convicción de la influencia personal en el curso de los acontecimientos.

Juliana Altamirano Argudo.

El autocontrol es uno de los constructos más complejos y ampliamente debatidos dentro del ámbito de la psicología de la salud. No obstante, existe consenso al reconocer la importante relación que guarda el control percibido con la salud física y el bienestar emocional. Además, la eficacia de la percepción de control, en cuanto a atenuar los efectos del estrés, se ha puesto de manifiesto en una variedad de estudios de campo y de laboratorio.

Como ejemplo, Remor (2002) encuentra una relación inversa entre percepción de control y estrés en pacientes con una enfermedad crónica, siendo la primera predictora de la segunda. Arch (2002), por su parte, observó que, en situaciones de estrés, las personas que eran capaces de controlar sus pensamientos y su estado emocional, además de su comportamiento, informaban de un nivel de ansiedad anticipatorio menor. En esta línea, Cobb y Eccles (1999) hallaron que la sensación de tener control sobre las emociones correlacionaba, negativamente, con la ansiedad estresorosa y con el nivel de preocupación. Y DeBerry y cols. (2001) observaron cómo el nivel de ansiedad que siente la gente hacia un evento de riesgo puede afectar el nivel de optimismo ilusorio hacia él y afirman que la ansiedad ocurre porque la gente considera tener poco control sobre un evento negativo. De hecho, se considera que un factor que alimenta el optimismo humano es el control.

Estas investigaciones evidencian que la creencia de control puede constituir un recurso psicológico importante, capaz de ampliar las posibilidades de afrontar efectivamente el estrés, además de ejercer un efecto directo sobre la salud emocional (Rueda y cols., 2003).

Por tanto, tal y como ya planteaba Erikson en 1977 «la ilusión de seguridad», la sensación de que el mundo es un lugar razonable, predecible y controlable, es un elemento muy importante, ya que, la creencia de control hace que el individuo se sienta capaz de relacionarse efectivamente con su entorno y de lograr las metas que desea. El hecho de que esta expectativa de dominio posibilite la regulación cognitiva y emocional, le confiere un importante papel en el ajuste psicológico de la persona (Bandura, 1987).

Esta creencia de control influye en la adaptación al medio, a través de dos mecanismos complementarios:

- Por un lado, promueve la acción directa para alterar las situaciones que resultan tan negativas para el sujeto.
- Por otro, facilita la respuesta emocional, ya sea para lograr que estas acciones sean efectivas, o para alterar el significado de aquellas circunstancias que bajo la perspectiva del individuo no resultan modificables (Bolman y Gaerem, 1996).

Como vemos, tiene un papel clave en las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por una persona para hacer frente a una situación estresante.

Por último, mencionar un interesante estudio de McCarthy y Necomb (1982). Estos autores observaron que los sujetos que se sentían con más capacidad para actuar ante los problemas, mostraban mayor implicación con su entorno, y percibían un apoyo social más elevado, así como más recursos personales para afrontar las dificultades.

cultades. De igual modo, los sujetos que se consideraban más habilidosos a la hora de reestructurar cognitivamente los acontecimientos estresantes, presentan una percepción de control más alta y un nivel de depresión menor.

d) Competencias emocionales

Se perciben las competencias emocionales de la persona como aquellas destrezas internas facilitadoras de un modo de interacción personal, con nosotros mismos y con los demás, y que permiten la identificación de las necesidades básicas y el reconocimiento adaptativo, permitiendo el autocontrol y la expresión de las emociones que dan lugar a conductas saludables.

El constructo de competencia emocional ha sido desarrollado por Saarni (1999), la cual insisten en la importancia que tiene el contexto social para el desarrollo de las destrezas emocionales que la persona desarrolla. Hay dos elementos en los que Saarni insiste, primero que es mejor hablar de destrezas, es decir, de competencias que se adquieren en la interacción con un contexto específico. Segundo las destrezas, no deberán ser entendidas como habilidades de la persona, sino como habilidades interactivas.

En este marco teórico, Saarni propone ocho destrezas que se adquieren a lo largo del desarrollo mediante un proceso de interacción. Puesto que se habla de destrezas emocionales, el tipo de interacción es eminentemente social e interpersonal. Lo que se aprende, se adquiere y se desarrollan son formas de actuar y de entenderse con otras personas y con medios sociales simbólicamente contruidos.

- ☐ Conciencia del propio estado emocional.
- ☐ Capacidad para discernir los estados emocionales ajenos.
- ☐ Destreza en el uso de los términos que transcriben las propias emociones.
- ☐ Capacidad para empatizar y simpatizar con las emociones de otros.
- ☐ Destreza para comprender que los estados emocionales internos no se corresponden necesariamente con la expresión externa.
- ☐ Destreza en afrontamiento de las emociones estresantes.
- ☐ Conciencia de que las relaciones interpersonales suponen correspondencia.
- ☐ Autoeficacia emocional.

Garrosa (2005) ha desarrollado un cuestionario a partir del marco teórico de Saarni, para la evaluación de la competencia emocional, el Cuestionario de Competencia Emocional (CCEMO) que incluye tres subescalas: discriminación emocional, expresión verbal y empatía.

Desde nuestro punto de vista, el concepto de competencia emocional se solapa con dos constructos o recursos psicológicos, la inteligencia emocional y la inteligencia social. De hecho, las ocho destrezas propuestas por Saarni incluyen las caracte-

Gulema Altamirano Argudo.

estáticas tanto de un tipo de inteligencia como de otro, es por ello que creemos que ambas están incluidas en el constructo mismo de competencia emocional:

d.1) Inteligencia emocional

Desde las teorías de la inteligencia emocional se resalta que nuestras capacidades de percepción, comprensión y regulación emocional son de vital importancia para la adaptación a nuestro entorno y contribuyen sustancialmente al bienestar psicológico y al crecimiento personal (Salovey y Mayer, 1990; Mayer y Salovey, 1997).

Una de las definiciones más ampliamente aceptada en el campo científico es la propuesta por Mayer y Salovey, que entienden la inteligencia emocional como «la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y la de los demás» (Mayer y Salovey, 1997).

Inicialmente, la inteligencia emocional fue investigada por Salovey y Mayer (1990), aunque fue Goleman (1995) quien dio un impulso a la investigación y proliferación de trabajos sobre este tema.

Salovey y Mayer, de sus investigaciones caracterizan la Inteligencia Emocional como:

- la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud.
- la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
- la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional.
- la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997).

En 1995 Goleman plantea que la inteligencia emocional consta de dos grandes áreas de competencia: la personal y la social. Define cinco grupos de habilidades emocionales, llamadas «aptitudes para el vivir»: conciencia de uno mismo (reconocer nuestros propios sentimientos), autodominio (ser capaces de autorregularnos), autos motivación (ser proactivo ante las más diversas situaciones), empatía (reconocer los sentimientos de los demás) y habilidades sociales (manejar adecuadamente nuestras relaciones con los demás).

Actualmente, la línea de investigación más desarrollada sobre inteligencia emocional se centra en establecer la utilidad de este recurso en diversas áreas vitales de las personas, para demostrar cómo determina nuestros comportamientos y las áreas de nuestra vida en las más influye (Extremera y Hernández-Verroc, 2004).

Uno de los modelos que mejor ha abordado el estudio científico de la inteligencia emocional es el Modelo de habilidad propuesto por Mayer y Salovey (Extremera y Hernández-Verroc, 2004). Este modelo se centra, de forma exclusiva, en el procesamiento emocional de la información y en el estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento. Desde este modelo, la Inteligencia Emocional implica cuatro grandes componentes:

El bienestar psicológico en prisión.

- Percepción y expresión emocional: reconocer de forma consciente nuestras emociones e identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.
- Facilitación emocional: capacidad para generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
- Comprensión emocional: integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.
- Regulación emocional: dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz.

Algunos ejemplos de la literatura publicada sobre inteligencia emocional son los siguientes:

Estudios realizados en Estados Unidos (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002) han mostrado una relación significativa entre inteligencia emocional y menor número de síntomas físicos, menos ansiedad social y depresión, mejor autoestima, mayor satisfacción interpersonal, mayor utilización de estrategias de afrontamiento activo para solucionar sus problemas y menos rumiación. Otros estudios realizados en Australia muestran una relación significativamente negativa entre una alta inteligencia emocional y menos ideaciones suicidas como respuestas al estrés, menor depresión y desesperanza (Ciarrochi, Deane y Anderson, 2002).

Baron y cols. (2003) ha encontrado resultados similares entre estudiantes de secundaria, los menores niveles de inteligencia emocional tienen puntuaciones más altas en estrés, depresión y quejas somáticas.

□ Ciarrochi, Chan y Caputi, 2003 con estudiantes universitarios, entre los cuales niveles altos de inteligencia emocional muestran una mayor empatía, una satisfacción ante la vida más elevada y mejor calidad en sus relaciones sociales.

En España, estudios científicos han mostrado como altas puntuaciones en inteligencia emocional se han asociado a puntuaciones más elevadas en autoestima, felicidad, salud mental y satisfacción vital, y menores puntuaciones en ansiedad, depresión y supresión de pensamientos negativos (Fernández Berrocal, Alcaide, Extremera y Piñero, 2002). El mismo tipo de relaciones entre la inteligencia emocional y el ajuste emocional en estudiantes universitarios se ha encontrado en Chile (Fernández Berrocal, Salovey, Vera, Ramos y Extremera, 2002). También se encontró en estudiantes universitarias españolas (Ramos, Fernández Berrocal y Extremera, 2003) relaciones positivas entre aspectos de inteligencia emocional y empatía y relaciones negativas con los niveles de inhibición emocional.

d.2) Inteligencia social

Siguiendo a Martínez de Serrano (2007) podemos considerar la inteligencia social como el conocimiento de uno mismo y de los demás, la conciencia de las motivaciones y sentimientos de los demás y saber responder a ellos y la capacidad que tiene uno de identificar las necesidades del otro. Goleman (2000) plantea que esta habilidad

Juliana Altamirano Argudo.

La habilidad de comprender a las otras personas es crucial para sobrevivir y prosperar en cualquier ambiente humano.

En 1920 Thorndike hace referencia por primera vez a la inteligencia social, definiéndola como «la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas».

Otras aproximaciones que se han ido haciendo con los años son, por ejemplo, la de Moss y Hunt (1927) que la definen como la habilidad para avenirse con otros (Hunt, 1928) como la habilidad para tratar con personas (Strang, 1930) como el conocimiento con las otras personas (Schler, 1950) la definió como facilidad de uno para tratar con seres humanos (en ese mismo sentido, Vernon, 1933) la describió como la capacidad de moderar con otras personas, atendiendo a sus estados y características.

En 1944 Guilford igualaba la inteligencia social con las habilidades sociales o la inteligencia conductual y, en ese mismo año, Palencho consideraba la inteligencia como esencialmente social, con dos tipos de operaciones intelectuales: a) categoría que determina en gran parte el funcionamiento intelectual y b) categoría relativa a las estrategias del mundo social y responsable de la adquisición de la competencia social del sujeto.

En el Modelo de Inteligencias Múltiples de Gardner (1983), el autor identifica siete tipos de inteligencias, cada una con un sistema cerebral potencialmente distinto y sin estar relacionadas, y distingue dos tipos de inteligencias emocionales, como parte del conjunto de inteligencias que propone: la inteligencia intrapersonal y la inteligencia interpersonal, referidas a la calidad de la relación consigo mismo y con los demás, respectivamente. Considera que ambos aspectos son bastante independientes, aunque considera que ambas inteligencias emocionales forman un todo integrado.

Más recientemente Seligman (1994) habla de inteligencia social para referirse a las relaciones de una persona con los demás, incluyendo las relaciones sociales involucradas en la confianza, en la intimidad, la persuasión, o la pertenencia a grupos. Este autor plantea que las tres inteligencias (social, personal y emocional) se solapan empíricamente, aunque sin saber todavía en qué punto lo hacen. Tal y como señala Gardner, actualmente la investigación sobre la inteligencia social continúa enfocada en demostrar su independencia de la inteligencia cognitiva.

Como vemos, a partir del desarrollo de las competencias emocionales, se pretende que el individuo sea consciente de sus propias necesidades y emociones y también de las necesidades sociales y emociones de los demás. Su adquisición y utilidad requieren de un contexto social, es por ello que en el programa propuesto este recurso se desarrollará en el módulo dedicado a las Relaciones Positivas.

A día de hoy es necesario avanzar en la investigación científica para determinar qué tipos de intervenciones son los mejores para enseñar los conocimientos de tipos emocional, social y personal, y también para determinar si su enseñanza y desarrollo sirven para resolver comportamientos problemáticos e incrementar las relaciones interpersonales.

e) Personalidad resistente

Un modelo que sigue el enfoque de personalidad saludable es el de Kobasa de Personalidad Resistente (1982), que se ha formulado como un esfuerzo claro de elaborar una psicología social del estrés y la salud, inexistente hasta ese momento (Peñacoba y Moreno, 1999). El constructo de "hardiness", también conocido como "personalidad resistente" (Kobasa, 1979), parte de las investigaciones realizadas con adultos, asimismo, Maddi y Jahnn (1982), propusieron que había diferencias individuales en las respuestas ante un estresor.

El modelo de Kobasa considera tres dimensiones de personalidad resistente: compromiso, control y reto, y plantea un concepto de personalidad dinámico, en el que estas tres dimensiones se configuran en acciones y compromisos adaptados a cada momento. Así, los individuos con puntuaciones altas en las dimensiones de compromiso, control y reto, poseerán características de resistencia frente al estrés laboral o de la vida cotidiana. En concreto:

- a) **la dimensión de compromiso:** Supone la tendencia a involucrarse en los aspectos o áreas de la vida que considera valiosos así como la tendencia a identificarse con lo que hace.
- b) **la dimensión de control:** La persona posee el convencimiento de poder intervenir en los episodios que le rodean, modificando o alterando el curso de los mismos.
- c) **la dimensión de reto:** Plantea el cambio como una oportunidad de crecimiento personal, un desafío al que enfrentarse, no como algo amenazante.

Se ha observado que las personas con altas puntuaciones en personalidad resistente tienen un estilo de afrontamiento que les permite hacer frente al estrés, a la enfermedad y a las condiciones adversas de la vida, del modo más adecuado, lo que Kobasa denominó "Afrontamiento transformacional". Por el contrario, individuos poco resistentes han usado lo que se denomina "Afrontamiento regresivo" (Godoy y Quiroga y Godoy, 2002). Un ejemplo de ello son los resultados del estudio realizado por Moreno, Moret, Rodríguez y Morante (2006), en donde encontraron que la personalidad resistente modera la relación entre el estrés laboral y el burnout.

Por su parte, diversos trabajos han correlacionado la personalidad resistente con procesos saludables tales como estrategias de afrontamiento adaptativas, búsqueda de apoyo social, y desarrollo de estilos de vida saludables (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi y Courington, 1981; Maddi y Kobasa, 1984; Shephard y Ashani, 1981; Peñacoba y MorenosJiménez, 1999; MorenosJiménez, González y Garrosa, 1999 y 2000). Por ejemplo, las relaciones encontradas entre personalidad resistente y estrés de rol, burnout y cada una de las dimensiones del mismo (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización) son inversas y negativas. En concreto, la variable de compromiso, es la que aparece con mayor poder explicativo del estrés de rol y la de reto en referencia al burnout (MorenosJiménez, González y Garrosa, 2000).

Los individuos con personalidad resistente, por lo tanto, presentan actitudes protectoras ante elementos no saludables como el estrés y el burnout y facilitadoras de

Juliana Altamirano Argudo.

estrategias de afrontamiento adaptativas, de manejo y de control de la realidad. La personalidad resistente se presenta así como un componente más de una personalidad positiva favorecedora de procesos salutogénicos.

La personalidad de un individuo, enmarcada en los factores micro y macro sociales de salud, no sólo se refiere a cómo es la persona, a sus variables reales, sino también a la representación cognitiva subjetiva que la persona tiene de sí mismo, al autoconcepto.

f) Optimismo

Durante los últimos años se ha ido desarrollando un creciente interés por el estudio del optimismo como un constructo de personalidad con valor propio, y en relación a su papel adaptativo en distintas áreas de la vida. Se ha visto así que ejerce una influencia muy importante en la valoración y afrontamiento de las dificultades, en el desenvolvimiento en la esfera social y en el bienestar psíquico y físico de las personas (Scheier y Carver, 1985, 1987, 1992).

El constructo del optimismo disposicional surge en el contexto de las teorías de la Autorregulación y de la Personalidad, que postulan la existencia de diferencias individuales en las expectativas generalizadas sobre el resultado, y que permiten afrontar diferencialmente las situaciones potencialmente difíciles o dirigida a metas (Scheier y Carver, 1987). El optimismo puede definirse como la tendencia de creer que uno experimentará buenos resultados en la vida (Scheier y Carver, 1982, p. 2v3). Otros autores como Avia y Vázquez (1999) definen el optimismo de forma muy similar, como la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables.

Diferentes estudios muestran que las personas con una tendencia general hacia el optimismo no sólo encajan mejor los golpes de la vida, también son más resistentes a los efectos psicológicos y biológicos del estrés y las enfermedades (Scheier y Carver, 1985, 1987).

Un número considerable de estudios ha explorado el impacto que la variable de optimismo disposicional tiene sobre el afrontamiento (Scheier y Carver, 1985), mostrando un efecto favorable del optimismo sobre el afrontamiento conductual y con papel importante para afrontar con mayor posibilidad de éxito las situaciones estresantes (Scheier y Carver, 1983). En este sentido, se puede ver el optimismo como un mediador de la forma en cómo las personas afrontan las situaciones estresantes.

Como vemos, este recurso llega a ser especialmente importante como afrontamiento a las situaciones amenazadoras (Taylor, 1988). Además, la gente optimista, segura de sí misma y con un control personal puede obtener más ayuda social o movilizar esa ayuda en épocas de estrés.

En cuanto a la asociación entre optimismo y salud, ya en el año 1944, Peterson, Seligman y Vaillant, intentaron demostrar la relación causal entre optimismo, pesimismo y salud. Estos autores analizaron el contenido pesimista u optimista de escritos que habían efectuado un grupo de licenciados de la universidad de Harvard, relatando experiencias negativas vividas durante la Segunda Guerra Mundial cuando

El bienestar psicológico en prisión.

ellos tenían la edad de 25 años. Los resultados fueron sorprendente ya que tanto los optimistas como los pesimistas tenían un estado de salud física y mental muy buenos. Pero pasados los años, eran los optimistas los que tenían mejor salud y presentaban menos mortalidad. También afirma Seligman (Seligman 1991) que un estilo optimista puede conducir a mayores sensaciones de bienestar y quizá incluso a una vida más larga y que puede ser un recurso psicológico valioso asociado a la salud mental, de aquí la relevancia del optimismo como recurso a desarrollar entre la población reclusa.

Los beneficios de la salud asociados con el optimismo (Taylor cols., 1992) o con el optimismo disposicional (Peterson, 1994; Scheier y Carver, 1985, 1992) reflejan que los recursos psicológicos a partir de la creencia de una buena experiencia futura contrarrestarán los efectos del estrés y aumentarán el afrontamiento.

Destaca el importante papel del optimismo en la salud física de los individuos (Avia y Vázquez, 1994). Numerosas investigaciones han mostrado que el optimismo se relaciona con una mayor protección ante la enfermedad y con una mayor esperanza de vida. (Peterson, Seligman, 1994; Vaillant, 1994; Maruta, Colligan, Malinchoc, 1994; Offord, 2000, 2002) También se relaciona con un mejor estado del sistema inmunológico (Ames, Siegel, Rodin, Seligman, 1994; Dwyer, 1994; Segerstrom, Taylor, Kemeny, 1994; Leahy, 1994; Carver, Smith, Antoni, Petronis, 1994; Scheier y cols. 2000). Parece provenir enfermedades en dos sistemas básicos para la supervivencia: el respiratorio y el cardíaco, (Rubansky y cols. 2002; Rubansky, Sparrow, Moconas, 1994; Aachi, 2001).

También puede el optimismo afectar a la salud a través de los comportamientos que ejercen las personas ante los problemas vitales en general, y de salud en particular. Estos comportamientos, si son adecuados, pueden impedir la cronificación del estrés y la complicación de problemas físicos y psicológicos al facilitar procesos adaptativos activos y de autorregulación. En este sentido, el optimismo es muy relevante ya que parece favorecer un afrontamiento activo del estrés y de los problemas de salud, y se relaciona con conductas de solución de problemas, autocuidado y planes de recuperación (Scheier, Weintraub, 1994; Carver, 1996) y con afrontamientos centrados en el problema y menores usos de afrontamientos pasivo (Moreno, Garrosa y Gálvez, 2005), siendo por tanto promotor de conductas de salud y de hábitos saludables.

Los optimistas además utilizan diferentes estrategias para afrontar situaciones estresantes (Scheier y cols., 1994). Más concretamente, estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, incluyendo estrategias de afrontamiento cognitivo y tendencia a no utilizar estrategias que suponen distanciamiento de la situación estresante.

En cuanto a su evaluación, el optimismo se puede medir por varios instrumentos como Optimism Pessimism Questionnaire (OPQ) (Norem y Cantor, 1996), el Life Orientation Test (LOT) (Scheier y Carver, 1985) entre otros (siendo este último uno de los que más se han utilizado). Mide las expectativas independientes de otras variables asociadas pero diferentes (estado de ánimo, atribución, significación). Esta escala permite cuantificar, de modo aproximado, la cantidad de optimismo disposicional del individuo.

g) Vitalidad

El bienestar psicológico también recoge, para varios autores, un componente de entusiasmo, energía e inspiración, un aspecto al que Ryan y Frederick (1997) denominaron vitalidad, y que equiparaban a una sensación positiva de estar vivo y de energía, de ser activo y despierto, incluyendo una experiencia psicológica de tener entusiasmo y espíritu por algo.

En 1956 Hans Selye en su teoría del estrés, planteó que los individuos poseen una reserva limitada de energía que utilizan cuando están en situaciones críticas o de estrés. Consideraba que la gente utiliza esta energía para hacer frente a la enfermedad y a los estresores ambientales y defendió la idea que esta energía adaptativa es diferente a la energía calórica.

La vitalidad también se ha descrito como un aspecto dinámico de bienestar, que según Peterson y Seligman (1994) está directamente relacionada con factores psicológicos y somáticos. A nivel somático o físico está relacionada con mejor salud física y mayor funcionamiento corporal, menos fatiga y menos enfermedades. Se trata de una fortaleza que integra los niveles personales e interpersonales, y que funciona como un amortiguador frente a las tensiones psicológicas, los conflictos y los estresores quedando estos conflictos o tensiones atenuados.

Para Ryan y Frederick (1997), las perspectivas teóricas referidas a la vitalidad han estado relativamente desconectadas del trabajo empírico, pero en los años recientes, este interés empírico ha aumentado, particularmente en el campo de la salud.

Así, varios estudios muestran que las personas se encuentran más felices y satisfechas con sus vidas en la medida en que se sienten con mayores niveles de iniciativa, autonomía y espontaneidad. Como ejemplo, Deci y Ryan (1999) observaron que las personas que se sienten con mayor autonomía en las actividades que realizan informan significativamente de mayores niveles de bienestar.

Dentro del contexto laboral, se habla de niveles de energía y vigor como medidas de bienestar personal y profesional (Schaufeli, Salanova, González-Roma y Bakker, 2002).

En las investigaciones sobre conducta propositiva y procesos de autorregulación, la vitalidad sirve como indicador del nivel de energía, esfuerzo y persistencia necesarios en los procesos de consecución de metas, objetivos y proyectos personales (Van Dierendonck, Rodríguez-Carvajal, Moreno y Díjstra, en prensa).

Otros autores que han investigado el tema de la vitalidad sonasser y Ryan (1993) sobre las diferencias individuales con relación a la vitalidad o Penninx, Guralnik, Somonsic, Casper, Ferrucci, y Fried (1999) que centran en algunos factores psicológicos relacionados con el constructo de vitalidad emocional, que definen como: tener alto sentimiento de autocontrol, ser feliz, tener baja sintomatología depresiva y baja ansiedad. Otra variable estudiada en relación con la vitalidad es el apoyo social que está asociado positivamente y significativamente con la vitalidad individual (Ryan y Frederick, 1997).

El bienestar psicológico en prisión.

Ryan y Deci (2000) incluyeron el concepto de vitalidad en su teoría de la autodefinición. Según esta teoría, las energías humanas son intrínsecas y pueden facilitar o dificultar el funcionamiento de la persona, debido a diferentes variables asociadas con las necesidades psicológicas. Así, la vitalidad es conceptualizada como un indicador de hedonismo y bienestar.

Por su parte, Peterson y Seligman (2004) sugieren que para que una persona aumente su vitalidad es necesario que haga cambios en su vida, que haga ejercicios, ya que esto favorece al incremento de energía y disminución de los síntomas de depresión, a la vez que promueva hacer actividades interesantes y divertidas. Consideran además que la vitalidad puede ser un factor protector de la salud y el bienestar.

En cuanto a la evaluación de la vitalidad, Ryan y Frederick (1997) elaboraron un instrumento para evaluar vitalidad subjetiva, la Escala de Vitalidad Subjetiva, formada por 7 ítems, donde se reflejan los sentimientos positivos de energía y de estar vivos. Esta escala se usa como una medida de rasgo y se ha correlacionado con variables de salud mental y salud física,asser y Ryan (1999) y ha mostrado en diferentes estudios una excelente fiabilidad y validez (Deci et al., 2006).

h) Mentalidad abierta

En el siglo XX, los primeros investigadores de este constructor de mentalidad abierta fueron Deary (1933) y Seligman (1935) que lo definen como un pensamiento flexible y crítico.

Para Peterson y Seligman (2004), es la disposición a la búsqueda activa de evidencias, es el pensamiento flexible que permite obtener soluciones alternativas a las situaciones, que tiene en cuenta los diferentes puntos de vista, y que adapta sus creencias a las evidencias. Una persona con mentalidad abierta tiene un pensamiento crítico y actúa coherentemente.

Se trata por tanto de la capacidad de pensar las cosas con detenimiento, de forma crítica y reflexiva, analizando las situaciones desde varios puntos de vista. Lleva asociadas conductas adaptativas y coherentes.

Los investigadores sugieren que las personas presentan más este rasgo cuando no están bajo presión, ya que en condiciones de presión se es menos crítico, y cuando están tomando una decisión importante (Janis y Mann, 1977).

Además, tienen la capacidad de mantener sus principios y poder aprender de las otras cosas que no saben (Peterson y Seligman, 2004).

Diversos estudios sugieren que la capacidad de mentalidad abierta aumenta con la edad y la educación (Stanovich y West, 1997). Los datos son inconsistentes en cuanto al rol de los eventos significativos de la vida para el aumento o la disminución inmediata de la mentalidad abierta. Hay poca evidencia de las diferencias debidas al género. En cuanto a las diferencias a nivel cultural no se tiene mayor información. Si se ha encontrado que los miembros de las culturas colectivistas tienen más mentalidad

Juliana Altamirano Argudo.

dad abierta que los de culturas individualistas. Una ejemplo de esta diferencia es que los asiáticos pueden aceptar contradicciones más fácilmente que los occidentales (Nisbett, Peng, Choi y Norenzayan, 2001).

Existen tres estrategias para la evaluación de la mentalidad abierta:

1. Cuestionarios de Autoevaluación sobre las creencias que tienen las personas. Uno de estos cuestionarios es la Escala de Autoritarismo de Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson y Sanford, (1950), que mide el grado de acuerdos con la noción del autoritarismo (fascismo), también la Escala de Dogmatismo de Roach (1960) que miden los acuerdos con nociones absolutistas. El cuestionario de Autoevaluación más usado es la Escala de los Estilos de Pensamiento de Stanovich y West, (1997, 1999, 2000).
2. Análisis de enunciados verbales: Encontramos el Test de Completar Párrafos de Schreder, Driver y Streufert, (1967) y el Test de "Esto es lo que creo" de Harvey, (1964).
3. Realización de un juicio acerca de una situación actual: Como es el Test de Evaluación de Argumentos de Stanovich y West (1999). Esta técnica implica que el sujeto da su opinión acerca de un tema social actual, luego se le da un contra argumento, y el participante tiene que indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con el contra argumento, para finalmente preguntar a un grupo de experto sobre el tema social para realizar una discusión que permita juzgar las afirmaciones que mantiene el participante.

i) Justicia

James (1967) definió la justicia como "el sentimiento de responsabilidad y deber". También considerada como equilibrio, igualdad, reconocimiento y ayuda, ha aparecido en todas las culturas. Se basa principalmente en el concepto de reciprocidad que han estudiado los antropólogos Marina y López, (1999).

Para Seligman (2004), es una interacción óptima entre el individuo y el colectivo. Se define a partir de los siguientes rasgos positivos: el trabajo en equipo, la responsabilidad social o la ciudadanía, y el sentimiento de obligación. En ella es importante la contribución de las personas, con el objetivo del bien común para la comunidad.

La justicia es la capacidad para tomar parte en las actividades cívicas que van más allá de las interacciones individuales y de la relación de una persona con grupos más amplios, como la familia, la comunidad, la nación y el mundo. Representa un sentimiento de identificación con obligaciones que son buenas para los intereses propios y de los demás; se genera un sentimiento de responsabilidad a un nivel colectivo.

Los psicólogos describen esta fortaleza como un elemento de la empatía (Eisenberg, 1996). Davies y cols (1990) considera que incluye el sentimiento de solidaridad. Parece ayudar a los individuos a afrontar las incertidumbres de sus situaciones (Peniston, 1996).

El bienestar psicológico en prisión.

Erikson (1968) decía que sin afiliación institucional, ni conexión a un grupo o comunidad, la gente joven podría experimentar una identidad vacía, sin propósito en sus vidas y una no afectividad con su sociedad. La conexión entre grupos e instituciones es fundamental para la consolidación de la identidad (Allport, 1970).

Entre los instrumentos de evaluación desarrollados para medir esta fortaleza, Starrett (1996) elaboró una Escala de Responsabilidad Social Global. La Escala de Visiones de Moralidad (Shelton y McAdams, 1995) desarrollada con adolescentes, mide la respuesta a sucesos diarios de la vida. Esta compuesta de 3 subescalas: la privada, interpersonal y social. La escala social enfatiza las respuestas subjetivas a nivel de dimensiones cívicas. Un índice similar a la anterior fue desarrollado porasser y Ryan (1993) donde se pregunta sobre la importancia de las cosas, cómo hacer del mundo un sitio mejor; ayudar a la gente necesitada y trabajar para el bien de la sociedad. Correlacionaba positivamente con personas que tenían una alta aceptación y afiliación a grupos. La Escala de Clima Ético de Vaicys, Barnett y Brown (1996) mide la percepción de los miembros de una organización o de su lugar de trabajo.

Illig (2000) refiere que para aumentar este recurso se tendrá que aprender a incrementar la tolerancia, la confianza, la igualdad de oportunidades y diversidad cultural. Además es importante aprender sobre liderazgo y tomar decisiones. También mencionan la importancia de cursos de intercambio cultural y de programas para fomentar la capacidad para entender las múltiples perspectivas de lo que está sucediendo a nivel de su grupo social.

7. CONSECUENCIAS

El encarcelamiento no es dañino para todos los individuos (Mumford y Gilman, 1995), algunas personas se deterioran en respuesta a la reclusión, mientras que otras personas mejoran su funcionamiento, y un último grupo no muestra ningún cambio aparente.

Teniendo en cuenta, y para completar el Modelo de Demandas y Recursos en Prisión, es interesante incluir para su análisis y evaluación, diferentes consecuencias que tienen, o pueden tener, los procesos de tensión y motivación, producidos estos procesos por la combinación de demandas y recursos en el medio penitenciario.

La consecuencia más importante, que fundamenta el programa de bienestar que proponemos, es la salud mental, entendida como una variable dinámica muy cercana al concepto de bienestar.

No obstante, teniendo en cuenta los resultados de la literatura revisada respecto al estrés en prisión, y considerando la gravedad de dichas circunstancias tanto para el individuo como para el resto de internos y para el clima social dentro de prisión, queremos añadir a la relación del estrés y bienestar con la salud mental de los internos, otras áreas específicas y muy relevantes en la población penitenciaria.

Las áreas elegidas son las siguientes:

a) Salud mental en prisión

Además de una mayor prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria, la estancia en prisión puede tener un efecto negativo sobre la sintomatología de ansiedad y sobre los trastornos psicológicos con los que ingresan muchos internos.

Es común entre los internos que experimenten un bajo control personal, no pueden escapar de los estresores y suelen carecer de apoyo social a nivel tanto de empatía como de apoyo emocional (Cohen y Taylor, 1991), así el aumento del estrés, la ansiedad y la depresión son síntomas característicos del encarcelamiento (Garding, 1994).

El bienestar psicológico en prisión.

Además, las psicopatologías previas y frecuentes en la población reclusa inciden también en la adaptación al contexto de prisión y en su forma de reaccionar y enfrentarse a las situaciones de amenaza que allí se encuentren.

b) Consumo de drogas en prisión

Los problemas de drogodependencia también son significativamente más frecuentes entre la población penitenciaria que entre la población general.

También es significativa la relación entre problemas de salud mental y consumo abusivo de drogas, lo que se conoce como patología dual. Normalmente el trastorno de dependencia a alcohol u otras sustancias psicoactivas es el causante de la aparición de una enfermedad mental, aunque puede ser frecuente encontrar un mayor consumo de sustancias entre los internos que sufren algún tipo de trastorno, especialmente en los casos de trastornos antisocial y límite de la personalidad.

c) Conducta violenta dentro de prisión

La práctica penitenciaria normaliza la existencia de conductas violentas en el medio penitenciario, relacionando estos comportamientos con internos que sufren algún tipo de trastorno o enfermedad mental.

No obstante, la relación entre violencia, consumo de drogas y problemas de salud mental es un área todavía con resultados no del todo concluyentes en la literatura científica. La conducta violenta también puede ser el resultado de un desequilibrio entre altas demandas y bajos recursos en el interno, activando estrategia de afrontamiento inadaptadas.

d) Suicidio en prisión

Los suicidios e intentos de suicidio, son más frecuentes entre la población reclusa, que entre la población general, derivan de un cúmulo de factores de riesgo cuya intensidad y saliencia aumentan dentro de prisión.

El riesgo de producirse situaciones de alto estrés, frente a los cuales el interno no tiene recursos para afrontarlos es muy alto en la cárcel, especialmente en el periodo inicial tras el ingreso, o con determinados delitos o ante determinadas noticias o eventos que le suceden a la persona encarcelada.

Todas estas áreas tendrán una especial consideración en el Programa de Bienestar Psicológico, en sus dos fases:

- En la fase de evaluación, serán varios instrumentos de medida los que permitan realizar una evaluación pre y post tratamiento, y determinar así la adquisición, desarrollo y mejora de determinados recursos personales en el individuo tienen resultados positivos sobre estas conductas que creemos están muy relacionadas con ellos.

Juliana Altamirano Argudo.

- En la fase de intervención, habrá dos módulos específicos dirigidos, uno a la salud (estado de salud general, salud mental en concreto y consumo de drogas), y otro a las conductas contraproducentes (conducta violenta e intentos de suicidios).

Además, el revisar en detalle los resultados de la literatura en relación a estas variables y tomarlas en consideración como consecuencias de especial relevancia en la población reclusa, ayudará a plantear futuras líneas de investigación que relacionen el bienestar de los reclusos con algunas de estas variables, como variables dependientes.

7.1. Salud mental en prisión

Sin duda en el contexto penitenciario una de las consecuencias que más preocupan derivadas de la estancia en prisión es el detrimento que puede causar sobre la salud mental de los reclusos.

Tal y como planteamos en el Modelo de Demandas y Recursos en Prisión, la vivencia de una situación de estrés crónico, con altas demandas y pocos recursos, derivará en una situación de desgaste y agotamiento, con efectos más o menos severos sobre el estado mental, físico y emocional del interno.

Como ya hemos comentado, la adaptación a la cárcel pasa por niveles altos de sintomatología de ansiedad y depresión (Ruijter, 2007; Mur de Araujo y Pano de Azevedo, 2000; Harding y Zimmerman, 1999) que pueden o no mantenerse con el tiempo, en función de los estresores y demandas que afecten al interno y de los recursos con los que cuente.

De hecho, se ha corroborado que la estancia en prisión empeora trastornos previos y tiene un peso muy significativo en la aparición de psicopatologías sobrevenidas tras el ingreso. (Afortunado D., 2010; Lotnic y cols., 2000; Gunter y cols., 2000; Calissard y cols., 2006; Lindquist C. y Lindquist CA., 1997; Gunn J. y cols., 1991).

Por un lado, son diversos los estudios que afirman que la prevalencia de problemas de salud mental entre la población reclusa es significativamente mayor que entre la población general. (Andersen et al., 2000; Birmingham, Mason, y Grubin, 1996; Krohn et al., 1996; Coid, 1994; Coid et al., 2002).

Por otro, la existencia de psicopatologías previas incide, a su vez, en su adaptación del interno al contexto de prisión y en su forma de reaccionar y enfrentarse a las situaciones de amenaza que allí se vaya encontrando, estando muy relacionadas con la aparición de conductas violentas, el consumo abusivo de drogas o incluso el intento de suicidio.

En esta línea, destaca el completo metaanálisis de Fazel S. y Danesh J. (2002) sobre 62 investigaciones en 12 países, referidas a trastornos mentales en una muestra de 227.000 internos (11.000 hombres y 1.000 mujeres). La revisión reflejó que aproxima

damente uno de cada siete presos tiene un trastorno psicótico (3,7% en los hombres y 4% en las mujeres) o de depresión mayor (14% en hombres y 12% en mujeres), trastornos que son factores de riesgo de conductas suicidas y uno de cada dos hombres y una de cada 5 mujeres muestran trastorno antisocial de personalidad.

En España el trabajo de Ferrera (2000) que describe prevalencias de enfermedades mentales en prisión, indica diferencias en patologías severas como las psicosis, entre la población penitenciaria y la población general, y un aumento importante en prisión de problemas adaptativos como los trastornos de personalidad, las toxicomanías y los trastornos de ansiedad, en comparación con las personas no encarceladas.

En 2010, Fortune D. ha publicado un estudio realizado en centros para detenciones de corta duración donde también se incluye la población penitenciaria femenina. De su revisión literaria afirma que la mayoría de las personas en prisión han sufrido a lo largo de su vida algún tipo de trastorno mental. De ellos, del 12 al 25% padecen un trastorno mental severo y crónico en el momento de su ingreso en prisión. Su interés estaba en conocer los porcentajes de internos e internas a los que se realizó un adecuado diagnóstico en el momento de su ingreso de su trastorno o problemática mental. Encontró que durante el periodo 2002-2007 el 61% de 671 internos fue diagnosticado con al menos un trastorno mental, y el 33,4% tuvo una puntuación positiva en el indicador de problemas de salud mental. Se encontraron diferencias por sexo, y en el caso de los hombres los problemas de salud mental más frecuentes eran: trastorno psicótico, reacciones adaptativas, trastornos de ansiedad, acompañados de problemática de drogodependencia. Las mujeres mostraban principalmente problemas de ansiedad, trastornos de personalidad y de abuso o dependencia a drogas. El estudio evidenció las dificultades de los servicios de prisiones para detectar recientes problemas de depresión y afectivos tanto en hombres como en mujeres.

Otro reciente estudio que compara las diferencias por género en sintomatología psiquiátrica (Drapalski, A., y cols., 2000) incluye 360 presos y 154 presas, penados y preventivos, muestra que las mujeres presentan con más frecuencia síntomas de ansiedad, personalidad límite, preocupaciones somáticas y síntomas relacionados con eventos traumáticos. No obstante, en los hombres también es común encontrar síntomas relacionados con experiencias traumáticas y con personalidad límite. En este estudio no se incluyen diagnósticos formales de trastornos, sino únicamente sintomatología significativa, sin embargo son muy relevantes las cifras tan altas obtenidas. Una de las principales conclusiones está en la importancia de asegurar una intervención efectiva para el trastorno de estrés postraumático y trastorno límite de personalidad, tanto para hombres como para mujeres, teniendo en cuenta las diferencias de género, para mejorar su adaptación al contexto penitenciario y su futura vuelta a la vida en libertad.

En el caso de la población penitenciaria femenina, Jordan (1996) que quiere conocer las cifras de trastorno mental, los factores de riesgo y las consecuencias de trastornos específicos para esta población. Para ello entrevistaron a 15 mujeres que ingresaron en un Centro Penitenciario de Carolina del Norte. Encontraron mayores tasas de trastorno por dependencia a sustancias, y de personalidad antisocial y límite que en la población femenina general. Las cifras fueron también elevadas en los trastornos del estado de ánimo, pero no en los trastornos de ansiedad. Sin embar-

Juliana Altamirano Argudo.

go, si que fue muy elevada la frecuencia de exposición a eventos traumáticos a lo largo de sus vidas, por lo que se debe tener en cuenta el estrés psicológico asociado, aunque no se haya visto reflejado en una prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad.

Tye y Mullen (2006) en su estudio con internas en un Centro Penitenciario en Victoria (Inglaterra) compararon sus resultados con los de la población general, encontrando que el 5% de las internas entrevistadas cumplían los criterios para un trastorno mental, incluyendo el abuso o dependencia a sustancias, o 66% excluyendo dicho trastorno, durante el año anterior a la entrevista. Los trastornos más frecuentes fueron: trastorno por dependencia o abuso de drogas (57%), depresión mayor (44%), trastorno de estrés postraumático (36%) y trastornos de personalidad (45%). En todos los trastornos, salvo el trastorno obsesivo compulsivo y el abuso de alcohol, las mujeres en prisión tenían una probabilidad significativamente mayor de padecer algún tipo de trastorno mental que las mujeres en la comunidad. El patrón de trastorno encontrado coincide con la literatura relacionada que sugiere que las historias de abuso que hay detrás de la población penitenciaria femenina pueden explicar parte de las diferencias significativas encontradas.

De la revisión de la literatura científica que hace Lewis C. (2006) destaca que las investigaciones sobre mujeres en prisión han mostrado como este colectivo presenta una mayor frecuencia de comorbilidad psicopatológica, incluyendo la dependencia a sustancias, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el trastorno de personalidad antisocial, o la depresión mayor. Presentan las internas también más sintomatología relacionada con las adicciones, la personalidad antisocial o el TEPT. No tienen la misma probabilidad que los hombres en prisión de ser drogodependientes y casi similar en el caso del alcohol. Su probabilidad de haber sufrido experiencias traumáticas, sin embargo, incluyendo abuso sexual y físico desde edad temprana, es mayor que para los internos. Este dato difiere de otros estudios con la población penitenciaria donde los resultados muestran una mayor frecuencia de exposición a eventos traumáticos de los hombres (Aronson, Abramson, y cols., 2004) o una exposición similar (Komarovskaya, L., 2000).

Como refieren Moloney (P y cols., 2000) se ha prestado muy poca atención en la literatura científica a dos temas clave para una mejor intervención con las mujeres en prisión, siendo el primero de ellos sus características demográficas, causas de ingreso y perfiles, y el segundo, la historia de traumas y abusos que suele acompañar a estas mujeres e influir en sus conductas delictivas.

En línea con esto, Gust (L., 2000), en su artículo, y para hacer ver la necesidad de un programa de terapia cognitiva específico para reducir la depresión en mujeres en prisión que abordara de manera efectiva sus características y problemática, menciona en su revisión algunos aspectos clave, como son el hecho de que muchas de estas mujeres hayan sido víctimas de la violencia de sus parejas o familia. Algunas han participado en actividades delictivas bajo amenazas de agresión por sus abusos. La mayoría tienen hijos y muchas no vuelven a verlos estando en prisión. Dentro de prisión estas mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir depresión, TEPT, ansiedad, abuso de sustancias psicoactivas y suicidio.

El bienestar psicológico en prisión.

Como hemos comentado en dos ocasiones a lo largo de esta exposición que, haciendo eco de los resultados científicos en esta línea, y de la propia práctica penitenciaria, la Administración Penitenciaria española ha puesto en marcha varias iniciativas a nivel tratamental y de intervención con las mujeres reclusas, específicamente desarrolladas para ellas, teniendo en cuenta sus propias características, que las diferencian sustancialmente de la población reclusa masculina, a nivel tanto de necesidades regimentales como de tratamiento integral ofertado.

En cuanto a los Trastornos de Personalidad, también muy frecuentes en la población reclusa, Arroyo y Ortega (2007) afirman que en España entre los reclusos hay una alta representación de trastornos relacionados con problemas adaptativos, como por ejemplo, los trastornos de personalidad. Los internos con este tipo de trastorno muestran un comportamiento que da lugar a mucho malestar, descontrol, limitaciones, inflexibilidad, irracionalidad e incapacidad en sus actos, lo que hacen predecir situaciones contraproducentes tanto para el interno (sanciones, régimen más restrictivo, aislamiento) como para el clima social del centro (riesgo de amenaza, lesiones o abuso hacia otros internos).

Un tipo de trastornos adaptativos, y que ya hemos mencionado al comentar las diferencias por género, es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), muy relacionado con las situaciones de estrés crónico o agudo. Su relevancia en el contexto penitenciario se debe a dos circunstancias:

• Prevalencia del trastorno

Un porcentaje muy significativo de internos e internas que ingresan en prisión padecen este trastorno, lo que va a condicionar su forma de enfrentarse a la situación de encarcelamiento, agravando sintomatología ansiosodepresiva propia de los primeros momentos del ingreso, y dificultando la puesta en marcha de recursos personales para moderar el efecto de los estresores sobre el interno a lo largo de su cumplimiento en prisión.

Casi todos los trabajos sobre el Trastorno de Estrés Postraumático en prisión se centran en estudiar la prevalencia y relación de este trastorno con eventos traumáticos previos. Una revisión sistemática realizada en 2007 por Goff A, Rose E, Rose S, y Purves D. de todos los estudios epidemiológicos que incluyeran datos sobre la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en prisión, mostró que el porcentaje de TEPT varía en la población penitenciaria entre el 4% y el 21%. Refieren Goff y cols. que de su revisión se desprende una prevalencia mayor de TEPT en la población penitenciaria que en la general.

Se corrobora también de los estudios revisados por Goff y cols. (2007) una prevalencia mucho mayor de TEPT en mujeres que en hombres, en línea con los datos de la población general.

En cuanto a las diferencias de género entre población general, numerosos estudios epidemiológicos han mostrado que mientras que los hombres tienen una mayor probabilidad de enfrentarse a eventos traumáticos (51%) en las mujeres frente a 61% en

Guilema Altamirano Argudo.

hombres (Messler y cols. 1995), la prevalencia de TEPT en la población general es de aproximadamente el doble para las mujeres. (11% en las mujeres y 5% en hombres en el estudio de Messler y cols.).

Un interesante estudio realizado en China con mujeres en prisión (Wang G, Zhang Q, Momartin S, Cao Q, Zhao Q., 2006) sobre la relación entre la frecuencia y tipo de trauma y la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en esta población mostró una prevalencia de TEPT actual de 16,6% y crónico de 15,4%, porcentajes más bajos que en los estudios en países occidentales con población penitenciaria, con un 21% de la muestra habiendo experimentado al menos un evento traumático en su vida (dato similar a los de países occidentales).

Un estudio reciente (Arrén JL, Cooper A, Omarovsaya L., 2007) que explora las experiencias traumáticas de un grupo de 203 internas, mostró que la mayoría de ellas han estado expuestas a situaciones traumáticas de forma crónica, un 51% de las cuales tenía Trastorno de Estrés Postraumático. Las diferencias entre el grupo con TEPT y sin TEPT parecieron estar en el número de traumas vividos, y en la preexistencia de un trastorno de personalidad límite.

Estas diferencias de género parecen ir en la línea de un mayor riesgo de exposición a traumas para las mujeres durante la infancia, para los hombres durante la adolescencia y pocas diferencias de los 30 años en adelante. En cuanto a las reacciones psicológicas a las exposiciones traumáticas, parece que las mujeres son más vulnerables desde más jóvenes, con diferencias de género que se mantienen durante la edad adulta, hasta aproximadamente los 55 años.

• Aparición del trastorno

Situaciones en prisión con altas demandas, a modo de estresores agudos o crónicos, y bajos recursos producen un desgaste y agotamiento en el interno, que, en algunos casos, conlleva la aparición de TEPT, en función del tipo, intensidad, cronicidad y severidad de estresores y de la capacidad y estrategias de afrontamiento puestas en marcha. Teniendo en cuenta este razonamiento, asumimos que la frecuencia de aparición del TEPT en prisión es significativamente mayor que en la población general. Sin embargo, aunque hemos visto algunos estudios donde se ha relacionado el TEPT con estresores previos a prisión o demandas dentro del medio penitenciario (ver apartado Demandas) son pocas las investigaciones que incluyen la relación Demanda Recursos, y como consecuencia, la aparición del TEPT. Estas líneas de estudio pueden arrojar nueva luz y resultados muy interesantes sobre la relación entre estrés y bienestar en la población penitenciaria.

7.2. Consumo de drogas en prisión

El consumo abusivo o dependencia a sustancias psicoactivas es un problema muy común entre la población reclusa con una frecuencia significativamente mayor que entre la población general.

Aunque los patrones de consumo en cuanto al tipo de sustancia, cantidad y frecuencia pueden cambiar al entrar en la cárcel, no se suele producir una abstinencia total. Antes al contrario, se mantiene o incluso aumenta el consumo como mecanismo de afrontamiento a la nueva situación, especialmente durante las primeras semanas y sobre todo de cannabis. También dependerá dicho consumo del control y medidas que existan en el propio Centro Penitenciario, de la oportunidad y acceso a la sustancia y de los ingresos económicos.

Preocupan especialmente los casos en los que el encarcelamiento conlleva una mayor frecuencia de consumo en consumidores esporádicos.

En última instancia, la abstinencia durante el tiempo en prisión en consumidores de larga trayectoria no garantiza que no haya una nueva recaída al salir de la cárcel si el individuo no cuenta con determinadas habilidades para prevenirlo. De ahí la importancia de los programas de deshabituación y también de dotar al interno con recursos personales que le ayuden en su proceso de abstinencia.

Entre las investigaciones que confirman la alta prevalencia de problemas de drogadicción entre la población reclusa, Teplin *et al.* (1994) por ejemplo, encontró entre una muestra de reclusos un 21% de internos con consumo actual de drogas y un 61% de consumo en algún momento de sus vidas. Peters y cols. (1999) informan de uso de sustancias psicoactivas en los treinta días previos al ingreso en prisión en más de la mitad de la población de un Centro Penitenciario estatal de Estados Unidos. En España, Fernández y Ferrera (2003) informan de un porcentaje de entre un 5% y 6% (según la prisión en la que se mida este indicador) con algún tipo de toxicomanía.

Más recientemente, Gellen y Peugh (2005) afirman que la mitad de los reclusos y dos tercios de las reclusas de un Centro Penitenciario estadounidense necesitaban tratamiento de deshabituación por trastorno de dependencia de larga duración.

Por su parte, y también en Estados Unidos, Mumola y Barberg (2006) en una macroencuesta realizada en varias prisiones, observan que casi la mitad de los presos cumplían los criterios de abuso o dependencia de drogas.

En Canadá, los resultados son similares (Motiuk, 1997) reconociendo un trastorno de dependencia a drogas un 56.6% de la muestra de reclusos encuestada y un 30.5% de las reclusas.

En un estudio más actual, Palmer y Pollin (2007) informan de una frecuencia elevada de problemas de dependencia a sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol) en una muestra de presos en Inglaterra, siendo significativamente mayor en mujeres.

Precisamente en relación a las diferencias por género en el consumo abusivo de drogas entre la población reclusa, las investigaciones muestran que:

Juliana Altamirano Argudo.

- El consumo abusivo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres. (Bo, 2004; Nunes-Dinis & Eisner, 1997). Por ejemplo, en Inglaterra y Gales, (ales Singleton, Carrell, y Meltzer en 1999) informan de un 63% de reclusos que reconocen un consumo abusivo de alcohol antes de ingresar en prisión, y un 3% se describen a sí mismos como alcohólicos. En la población penitenciaria femenina los datos son de 3% de consumo abusivo de alcohol y 11% de alcoholismo reconocido.
- En el caso de consumo abusivo y trastorno de dependencia a sustancias psicoactivas, excluyendo el alcohol, el patrón es precisamente el contrario, una mayor prevalencia de consumo entre la población reclusa femenina. (Cutler, Levy, Dolan, y Aldor, 2003; McClellan, Arabee, and Crouch, 1997; Angan and Pelissier 2001)

Una investigación interesante es la de Peters R., y cols. (1997) que evaluaron los resultados de un programa de tratamiento en prisión para un grupo de 1655 internos (26% mujeres y 74% hombres). Buscaban identificar diferencias por género en características psicosociales y en necesidades de tratamiento de deshabitación. Las mujeres estudiadas reflejaban, en comparación con la muestra masculina, más problemas laborales, menos nivel de ingresos, consumo de cocaína como primera opción, más riesgo de sufrir depresión, ansiedad, conductas suicidas y una historia de abusos físicos y sexuales.

En la misma línea, un reciente estudio, (Palmer, Jin & b,atcher 2011) examina las necesidades de 6453 internos y 145 internas en tercer grado, en relación con el uso de drogas, el consumo de alcohol, problemas de salud mental y las relaciones interpersonales. Las mujeres tienen significativamente más necesidades en las áreas de salud mental y relaciones, y los hombres en el uso de alcohol. No se encontraron diferencias significativas en el consumo de drogas.

Centrándonos ahora en la relación entre consumo de drogas y psicopatologías, se ha confirmado en numerosas investigaciones que existe una relación significativa entre el abuso de drogas y los desequilibrios psicológicos entre la población reclusa (McClellan & bunt, 2002; DeLeon, Sac & b, exler, 2002; Draine & Soloman, 2000; Edens, Peters & b,ills, 1997; b, right, Gournay, Glomey & Thornicroft, 2002), de hecho uno de los aspectos que más preocupa del trastorno de dependencia entre la población reclusa es su elevada concurrencia con otros problemas de salud mental. (Cote y b,odgins, 1999; James & b,la & b, 2006; Sacos y Pearson, 2003).

Por ejemplo, Sac & b, y cols. (2007a, 2007b) encontraron que el 7% de los presos de un centro estatal estadounidense que reciben tratamiento por abuso de sustancias tenían algún tipo de trastorno de salud mental, el 3% de ellos con trastorno mental grave. En la misma línea, S & b,art & b,urigio & b,urigio y S & b,art, (2000; S & b,art, 2006; S & b,art & b,urigio, 1999) han observado que los trastornos psiquiátricos son comunes (75%) entre los reclusos sometidos a tratamiento de deshabitación, lo que es más, este grupo con patología dual es el que peores resultados obtiene en el programa de deshabitación. Además, se observó que el riesgo de reincidencia de estos individuos era significativamente mayor que entre los reclusos sin patología dual (S & b,art & b,urigio, 1999).

El bienestar psicológico en prisión.

Otro estudio interesante es el llevado a cabo por Simpler y Langhinrichsens (Rohling 2005) que evaluó las cifras de abuso de sustancias y problemas de salud mental en una muestra de 103 internos, en dos Centros Penitenciarios de Estados Unidos. Los resultados apuntan que más del 50% de los participantes reconocían un consumo abusivo de drogas durante la estancia en prisión. Además, aquellos con dos o más problemas de salud mental tenían más probabilidad de informar de una mayor dependencia a sustancias.

También en Estados Unidos, en 2000 Gunter y cols. emplearon el cuestionario MINIsPlus para evaluar la frecuencia de problemas mentales y de drogodependencia entre 320 internos e internas en un Centro Penitenciario de Iowa. Más del 50% cumplieron los criterios de uno o más trastornos actual o crónico. Los trastornos más frecuentes fueron dependencia a sustancias psicoactivas (50%), trastornos del estado de ánimo (64%), trastornos psicóticos (85%), trastorno antisocial de la personalidad (85%) y déficit de atención hiperactiva (22%). Sin embargo no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Un 35% presentaban riesgo de suicidio.

En cuanto a las diferencias por género en la relación entre abuso de drogas y trastornos mentales, podemos destacar el reciente estudio de Lotnic y cols. (2000). Estos autores realizaron una investigación para estudiar los trastornos mentales presentes en una muestra de 272 internos recién admitidos a un programa de deshabitación en prisión, y sí que encontraron diferencias por género. Las mujeres padecían con más frecuencia un trastorno psiquiátrico crónico, y un trastorno más severo. Se encontraron diferencias en el patrón de comorbilidad de estos trastornos en mujeres y hombres. En las mujeres eran más frecuentes la depresión mayor, el trastorno de estrés postraumático, trastornos alimenticios, y trastorno límite. En los hombres, el trastorno antisocial de la personalidad.

Una conclusión importante de este estudio es que las mujeres reclusas drogodependientes presentan una mayor vulnerabilidad psiquiátrica y un patrón diferente de comorbilidad que los hombres, lo cual debería tenerse en cuenta en el modo de facilitar su adaptación al contexto penitenciario y de realizar el adecuado tratamiento con ellas para su futura vuelta a la vida en libertad.

Los estudios con presas con trastornos de dependencia a sustancias psicoactivas muestran una población con múltiples problemas psicosociales y necesidades de tratamiento, destacando significativamente el que la mayoría hayan sufrido abusos sexuales y agresiones violentas, como ya hemos mencionado en otros apartados de este trabajo.

Como ejemplo, en el trabajo de Salgado DM, Quinlan J, Lotnic C. (2007) se estudia a 60 internas con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la mitad de las cuales son drogodependientes, explorando diferentes factores personales y psicosociales. Las mujeres con TEPT y policonsumo informaron de una mayor dependencia a alcohol y drogas, de una mayor exposición a eventos traumáticos a lo largo de su vida, y de una prevalencia mayor de síntomas de estrés postraumático, además de mayor probabilidad de experimentar disociación, ansiedad y problemas sexuales.

En la misma línea, Mooney J. y cols. (2000) pudieron comprobar en una muestra de 100 mujeres presas, una relación positiva entre el consumo severo de sustancias

psicoactivas, el estrés percibido, la impulsividad y las creencias, siendo esta relación significativa con las dos últimas variables, impulsividad y creencias.

Como vemos, la mayoría de las conductas de consumo de sustancias en mujeres presas parece relacionarse con eventos traumáticos, mayormente crónicos, y previos al encarcelamiento, sería ahora interesante conocer el proceso que hay detrás, es decir el tipo de reacciones cognitivas, emocionales, fisiológicas, etc. que prevalecen entre la exposición traumática y el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.

Según refieren los diferentes estudios sobre el tema, el consumo de sustancias en el caso de los hombres suele ser una respuesta de afrontamiento directa a eventos traumáticos, y en el caso de las mujeres, el consumo suele estar más relacionado con estados de ansiedad, depresión y estrés, ya que su estilo de afrontamiento tiende a ser evitativo, lo que no favorece que sus niveles de ansiedad disminuyan. El consumo de sustancias en ellas puede estar relacionado con un intento de evadirse de su situación, especialmente en aquellos casos en que la exposición traumática es crónica.

Analizando ahora el modo que el encarcelamiento afecta a la conducta de consumo de las personas en prisión, son muy escasas las investigaciones que han mostrado interés en este tema. Sheehan y cols (1994), a través de unas encuestas realizadas con reclusos de una prisión escocesa sugieren que aproximadamente el 73% de los internos informan de consumo de cannabis en prisión (Sheehan et al., 1994). De ese grupo, un 5% reconoce un uso frecuente (p.ej., tan a menudo como sea posible).

En otro estudio, una muestra de reclusos (317 internos) de varias cárceles de Quebec fueron entrevistados acerca de los cambios en el patrón de consumo de drogas una vez en prisión, así como los motivos que les llevaron a mantener tal cambio (Plourde & Brochu, 2002). De aquellos que solo consumían antes de entrar a prisión, la cocaína era la sustancia principal, seguida por cannabis, heroína, alucinógenos, y benzodiazepinas. Los internos que reconocen consumo antes y durante su estancia en prisión informan de la preferencia por la misma droga estando en prisión que la que consumían antes de entrar. Sin embargo, internos recién ingresados en prisión informan de un consumo más elevado de cannabis en prisión que antes de entrar, tal vez debido a un acceso más fácil a esta sustancia que otras. Lo que resulta todavía más interesante de los resultados es que, mientras que la principal razón para consumir drogas antes de entrar en prisión es la búsqueda del placer y el olvidar los problemas, estando en prisión los internos consideran el intentar relajarse como la principal motivación para seguir consumiendo.

Por último, indicar que la drogodependencia, como consecuencia de la relación entre altos niveles de estrés y bajos recursos en prisión, tiene una especial relevancia en nuestro programa por varios motivos:

- a) La alta prevalencia de consumo abusivo y trastorno de dependencia entre la población reclusa.
- b) La posibilidad de que tanto hombres como mujeres mantengan el consumo de drogas dentro de la cárcel, como estrategia de afrontamiento al estrés derivado de la estancia en prisión.

- c) La relación tan significativa entre consumo de drogas y problemas de salud mental.

Esto nos lleva a proponer un módulo específico en el Programa de Bienestar Psicológico, dedicado al consumo de drogas en prisión y su relación con el bienestar y con el estrés del individuo, para profundizar en temas clave como son la prevención de recaídas y la patología dual, e incidir en recursos personales como el autocontrol, para ayudar a la toma de conciencia de esta problemática, a la motivación de cambio, y a la posterior derivación a programas específicos de deshabitación en el centro penitenciario.

7.3. Conducta violenta dentro de prisión

En prisión factores como el hacinamiento, la falta de control, la normativa establecida, etc. pueden dar lugar a una mayor frecuencia de conductas agresivas, y situaciones de violencia. La agresividad verbal o física, tal vez latente antes de entrar en prisión, se manifiesta en el individuo con más frecuencia e intensidad una vez que entra en la cárcel, como forma de hacer frente al elevado nivel de estrés que se encuentra (P. y cols. 2000).

La sobreocupación, por ejemplo, se ha asociado a conductas violentas en prisión, debido a que lleva a competir por los recursos que proporciona el establecimiento, a cubrir necesidades básicas, y a una más difícil participación en programas. A su vez, el hecho de que no haya suficientes programas y actividades para todos los internos lleva a la experiencia de monotonía y tedio, lo cual generará en los internos el sentimiento de ser abandonados por la institución con consecuencias negativas sobre su actitud y conducta (JSA, 2003).

Hay estudios que evidencian que la violencia es una parte integral de la vida en prisión (Korner, 1970; Irwin, 1970; Johnson, 1977). Es, en primer lugar, un producto de los niveles elevados de hacinamiento de un grupo de personas con una alta probabilidad de mostrar tendencias o conductas antisociales, en lugares cuyas condiciones ambientales y de convivencia no son siempre óptimas (Korner, 1970; Toch, 1950; Wolfgang y Ferracuti, 1976).

En casos extremos, esta violencia acaba en homicidios. En el año 2000, como ejemplo, en Estados Unidos, se informó de 52 muertes resultado de un asalto dentro de prisión (menos de 0.1 por 1000), bastante menos de las 12 muertes contabilizadas en 1985. Mientras que el homicidio es realmente un acontecimiento raro dentro de prisión, sí que son más comunes los ataques físicos (golpes, empujones, puñetazos, patadas, mordiscos, etc.). Según datos oficiales, en una muestra estadounidense, por cada 1000 internos en el año 2000, 20 fueron atacados físicamente por otro interno (Stephan y Larberg, 2003).

Sin embargo, mientras que la violencia física es asumida como algo normal dentro de la cárcel (Johnson, 1977), son escasos los estudios que confirman esta afirmación. De hecho, poco se conoce en relación a la epidemiología y contexto de la vio-

Juliana Altamirano Argudo.

violencia física dentro de prisión, y menos aún de la relación entre los problemas mentales y la victimización física en el medio penitenciario.

No obstante, la violencia dentro de las prisiones es un tema de gran preocupación para la institución penitenciaria y el personal que trabaja en las prisiones, tanto en términos de seguridad dentro de los centros como en relación al efecto nocivo de las conductas violentas sobre el tratamiento penitenciario y el proceso de reinserción dentro de prisión. Es más, diferentes estudios han afirmado la relación existente entre la conducta inadaptada o violenta de un individuo y su futura reincidencia. (Gendreau et al., 1997; Amble & Porporino, 1999).

Algunos trabajos consultados han investigado, dada su importancia, la relación de la conducta violenta dentro de prisión con otras variables como el consumo de drogas o los problemas de salud mental.

a) Problemas de salud mental y conducta violenta

Pocas investigaciones sobre la relación entre estas variables son muy pocas, también con población general, aunque se han hecho algunos esfuerzos en los últimos años. Por ejemplo, Steadman y colaboradores (1999) no encontraron diferencias significativas en el riesgo de violencia de personas salidas de hospitales psiquiátricos en relación con la población general en situaciones de abstinencia.

Friedmann, Melnic, Jiang, y Hamilton, (2000) examinan la relación entre síntomas psiquiátricos y conductas violentas entre 102 internos que participaban en un programa de deshabitación en un Centro Penitenciario estadounidense, concluyendo que los indicadores de un mayor riesgo de conducta violenta eran los pensamientos de control, las sanciones, el tráfico de drogas, los fracasos en la participación en el programa y una historia de trastorno antisocial de la personalidad.

Un estudio posterior revelaba la importancia de considerar el diagnóstico de trastorno mental a la hora de evaluar el riesgo de violencia. En concreto, la esquizofrenia no correlaciona con conductas violentas posteriores, mientras que los trastornos de personalidad sí que tienen una relación significativa con conductas agresivas. (Monahan y cols. 2005).

Para el personal que trabaja en prisiones el mayor riesgo de conductas violentas o inadaptadas lo tienen los internos con problemas de salud mental, mucho más que los internos que pertenecen a bandas organizadas, internos con largas condenas, o reincidentes. (Ruddell et al., 2006).

A pesar de estos estereotipos, la poca literatura revisada en el ámbito penitenciario indica que los reclusos con problemas mentales no tienen estadísticamente un mayor riesgo de ser violentos que aquellos con problemas mentales en la población general (Monahan et al., 2005), aunque sí hay un mayor riesgo entre ellos de consumo de drogas (Torrey et al., 2000), lo cual, en combinación con ciertos síntomas psiquiátricos, puede hacer aumentar significativamente el riesgo de violencia dentro de prisión (Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor, & Silva, 2000; Eronen, Angermeyer, &

El bienestar psicológico en prisión.

Schulze, 1999; Scott & Resnick, 2006; Steinert, 2002; Sponson, 2007; Ganju, & Jono, 2005; Sponson et al., 2006).

Por ejemplo, las alucinaciones relacionadas con lesionar a otros, (Monahan et al., 2001), alucinaciones que provocan ira (Cheung, Schmitzer, Crowley, & Tuckell, 2007), y un limitado insight en la esquizofrenia (Mucley et al., 2004) se han asociado significativamente con un mayor riesgo de violencia.

Otros síntomas en cambio, parecen reducir el riesgo de conductas violentas. Por ejemplo, en líneas generales, los internos con esquizofrenia tienen menos probabilidad de cometer delitos violentos (Rice & Harris, 2005). Hay estudios que sugieren que los síntomas negativos de la psicosis, como son el aislamiento social o las ilusiones de control de cuerpo pueden mitigar o servir como factores protectores de acciones violentas. (Appelbaum, Robbins, & Monahan, 2000; Sponson et al., 2006). Además, trastornos como la depresión o distimia, la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar han demostrado no guardar una relación significativa con la violencia dentro de prisión (Appelbaum et al., 2000).

Un metaanálisis en este tema, realizado por Coid, 2002 encontró que el trastorno antisocial de la personalidad estaba entre los principales predictores de la conducta violenta (Coid, 2002; Gendreau et al., 2007). En el caso de la psicopatía, la literatura revisada es contradictoria acerca de si niveles elevados de psicopatía están asociados con conductas inadaptadas entre la población reclusa. (Guy, Edens, Anthony, & Douglas, 2005; Richards, Casey, & Lucente, 2003).

b) Consumo de drogas y conducta violenta

Muchos estudios han confirmado una relación significativa entre el consumo de sustancias, especialmente alcohol, y violencia (e.g. National CASA, 1999), confirmado por dos revisiones sistemáticas de la literatura sobre este tema (Loaen & Stewart, 2003; Parker & Auerhahn, 1999).

Otros estudios destacan también el papel de la cocaína, junto con el del alcohol, en su relación con comportamientos violentos (Chermack & Lillo, 2002). Relacionado con esto, varios trabajos coinciden en afirmar que la cantidad de alcohol ingerido o la frecuencia en el consumo de drogas son indicadores significativos de un mayor riesgo de comportamientos violentos (Chermack & Lillo, 2002; Aggrids Grann et al., 2006; Loaen & Stewart, 2003; Melnic et al., 2006; Mulvey et al., 2006; Parker & Auerhahn, 1999; Rice & Harris, 2005; Steadman et al., 1999).

En prisiones, algunos trabajos lo que indican es que una historia de consumo de drogas aumenta las infracciones cometidas dentro de prisión, tanto las relacionadas con el consumo de drogas como de otro tipo (Jiang, 2005), sin embargo, aquellos internos condenados por delitos de tráfico de drogas muestran menos frecuencia de conductas violentas e inadaptadas (Cunningham & Sorensen, 2006).

Juliana Altamirano Argudo.

Un pequeño grupo de estudios ha revisado la relación entre la conducta violenta en prisión y el tratamiento de deshabitación de los internos participantes, encontrando que la participación en este tipo de programas disminuye pero no elimina completamente sus problemas disciplinarios (Angan et al., Pelissier, 2001; Elsh, McGain, Salamatin, 1999; Ajac, 2007).

Diversos estudios han identificado varios factores de riesgo relacionados con la comisión de infracciones en módulos terapéuticos, destacando que el ser más joven, que el tipo de delito sea más grave, que existan problemas de conducta previos, y que haya todavía varios meses de condena pendientes tras completar el programa terapéutico son indicadores de una mayor frecuencia de conductas inadaptadas dentro de prisión (Angan et al., Pelissier, 2001; Elsh et al., 2007).

Dado que hay una elevada frecuencia de consumo abusivo de drogas dentro de prisión, resulta interesante, conocer las diferentes hipótesis explicativas que se han propuesto, respecto de la relación entre consumo de drogas y conducta violenta.

1. Las propiedades farmacológicas de ciertas sustancias pueden afectar el riesgo de violencia, otras sustancias aumentan la ansiedad, otras los mecanismos de inhibición y algunas disminuyen la sensibilidad al dolor; todos estos factores pueden aumentar la probabilidad de una conducta agresiva (O'Connell, Stewart, 2003).
2. Un segundo mecanismo es la hipótesis de la alta correlación del uso de sustancias y trastorno de personalidad antisocial. Numerosas investigaciones han encontrado poca o ninguna asociación entre la conducta violenta y la dependencia a sustancias psicoactivas salvo cuando concurre el Trastorno de Personalidad Antisocial (Endrin, 1999; Kaplan, 1995; Tengstrom, Hodgins, Grann, Angstrom, y Gullgren, 2004).
3. Un tercer mecanismo es la hipótesis de que los delitos violentos son un contexto adecuado para continuar en el consumo de drogas. Es decir, el mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas requiere una importante financiación, y el delito violento es un medio de obtener dinero (Aupel, 1991; Kaplan, 1995; Maruna, 2000; Valle y Humphrey, 2002).
4. Por último, el abuso de sustancias pueden interactuar con síntomas psiquiátricos (es decir, paranoia y o alucinaciones) y aumentar la ansiedad, la tensión y la percepción cognitiva, síntomas psicológicos que pueden aumentar la probabilidad de una conducta violenta. (Hiday, 1997).

c) Salud mental, consumo de drogas y conductas violentas

Varios estudios lo que confirman es que el consumo de drogas tiene un papel potenciador o desencadenante de la conducta violenta en los casos de personas con problemas de salud mental, esto es, el abuso de alcohol (AggardsGrann, Hallqvist, Angstrom, 1999; Moller, 2006; Mulvey et al., 2006) o de drogas en general (Monahan y cols. 2001; Melnic, Sachs, 1999; Langan, 2006) aumentaban significativamente el riesgo de conductas violentas entre personas con trastornos mentales.

El bienestar psicológico en prisión.

En la población reclusa, algunos trabajos han encontrado una relación significativa entre violencia y patología dual (consumo de sustancias y problemas de salud mental) (Sanson et al., 2006). Sin embargo, otros estudios no han confirmado tal asociación (Abram y Teplin, 1995). En esta línea un trabajo reciente de Sacchi y cols. (2000), examinaba la relación entre estas tres variables (consumo de drogas, trastorno mental y violencia) en una muestra de 134 internos recién excarcelados. Para la mayoría de estos individuos con problemas de consumo abusivo de drogas, la cantidad de alcohol ingerido y la frecuencia de consumo de droga estaban asociadas con una mayor probabilidad de conductas agresivas. Por su parte, los problemas mentales no fueron indicativos de un aumento en la conducta violenta, con la excepción del trastorno antisocial de la personalidad, que se mostraba una relación significativa. En conclusión, los resultados sugieren que el consumo abusivo de drogas y el trastorno antisocial de la personalidad son factores relacionados con la conducta violenta, pero esta relación no se ve aumentada, normalmente, por la presencia de otro tipo de problemas de salud mental. También enfatizan estos autores la importancia de desarrollar programas en los que se incluya tanto la deshabituación como su relación con conductas violentas dirigidos a personas con problemas mentales que van a ser liberados.

En relación con el trastorno antisocial de la personalidad, entre la población reclusa encontramos una prevalencia muy alta (más del 50% de los internos) y de síntomas de psicopatología (Mare, 2003).

Algunos estudios han examinado la cosocurrencia de trastorno antisocial de la personalidad y el consumo de sustancias y su relación con la conducta violenta (Coid, 2002; Crocker et al., 2005; Friedman, Kramer, Reisher, y Granic, 1996; Kaplan y Damphouse, 1995; Miller, 1995; Richards, Casey, y Lucente, 2003; Tengstrom et al., 2004; Walsh, 1999), encontrando resultados en la línea de los comentados en el estudio de Sacchi y cols. (2000) y coincidentes en que la psicopatología aumenta el riesgo de violencia.

Todos estos resultados nos ayudan a ser conscientes de la relación tan clara que existe entre la salud mental de la población reclusa y otras conductas contraproducentes como es, en este caso, la conducta violenta dentro de prisión.

Un programa dirigido a mejorar el nivel de bienestar de los internos, desde una perspectiva positiva, no puede dejar a un lado la existencia de este tipo de conductas, y debe incidir en la adquisición de recursos alternativos al uso de la violencia en los internos. Para ello, se ha diseñado un módulo específico al final del programa, que permita consolidar y aplicar a este tipo de situaciones los recursos personales aprendidos.

7.4. Suicidio en prisión

Como indica la OMS, el suicidio es un fenómeno complejo que supone en la actualidad un problema de salud pública de primer orden, no obstante su prevención

Juliana Altamirano Argudo.

y control no son tarea fácil. Afirman Ruiz y cols., (2002) que el riesgo de suicidio en prisión constituye uno de los temas a tener en cuenta en el diseño de políticas penitenciarias. En Instituciones Penitenciarias la conducta suicida supone uno de los más graves problemas a abordar, ya que las tasas de suicidios, tanto a nivel nacional como internacional, son superiores a las que se dan entre la población general.

La incidencia de autolesiones intencionadas e intentos de suicidio es desproporcionadamente alta entre la población reclusa (Vanoff, 1992; Pattison y Mahan, 1993, citado por Franklin, 1999), y las cifras de suicidio son significativamente más elevadas que entre la población general. En un interesante estudio, (Infree, 1995), encontró que, controlando los factores diferenciales entre población general y reclusa, las cifras de suicidio en prisión seguían siendo significativamente más altas que en la población general.

Aunque la forma de recoger los datos o la definición legal del acto de suicidio así como la fidelidad en el registro de estos casos puede variar en cada país, diversas fuentes muestran que la tasa de suicidios en prisión es mayor que la reportada en la población en general (Ayes, 1995; Marijuán, 1997).

Por ejemplo, de acuerdo a datos de la OMS (WHO.org), la tasa media de suicidio en la población general mundial es de 12,35 para hombres y 3,75 para mujeres por cada 100.000 habitantes, mientras que en contextos penitenciarios se han encontrado en 1996 por cada cien mil internos, tasas de 146 suicidios en Alemania, 107 en Bélgica, 107 en Camerún, 317 en Chad, 104 en Francia, 01 en Nueva Zelanda o 110 en el Reino Unido (Observatorio Internacional de Prisiones, 1996), con excepciones a esta tendencia como las de las prisiones de Japón en ese año, que no registró ningún suicidio en prisión.

En Canadá se ha señalado que la tasa de suicidio en prisión es tres veces superior a la de la población general (Arboledas-Lore y Colley, 1999) y en Francia sería ocho veces mayor (Ramsay y colaboradores, 1995). En la prisiones escocesas, entre 1970 y 1992 la tasa media de suicidios fue de 51,0 por 100.000 (MacLett, 1997).

En España, las tasas de suicidio en 2007 eran de 12,0 por cada 100.000 habitantes en hombres, y 3,0 por 100.000 habitantes en mujeres. En prisión las cifras van de 40 suicidios en 2004 a 33 en 2005, 25 en 2006, 14 en 2007 y 10 en 2008, con un claro descenso tras el plan de choque activado en 2005.

El medio penitenciario presenta unas peculiaridades que lo hacen especialmente vulnerable a la conducta suicida (OMS, 2000a):

a) Grupos de riesgo

Los Centros Penitenciarios son lugares donde viven personas que tradicionalmente han estado entre los grupos de mayor riesgo de suicidio: hombres jóvenes, con enfermedad mental, aislados socialmente, que abusan de las drogas y que han intentado suicidarse en el pasado.

El bienestar psicológico en prisión.

Las prisiones son depositarias de grupos considerados vulnerables en lo que se refiere al suicidio. Como afirman Rager y Sánchez (1997) la institución carcelaria reúne a sujetos de alto riesgo en varios factores relacionados con el suicidio: jóvenes, enfermos mentales, padres separados o fallecidos, ausencia de vida familiar; ruptura de relaciones sociales, falta de formación e inserción profesionales, inactividad, categorías sociales desfavorecidas, consumo de psicotrópicos, etc.

De acuerdo a la literatura consultada, las conductas de suicidio parecen ser más frecuentes en internos jóvenes, en hombres, en aquellos que tienen problemas de toxicomanía y con historia de psicopatología previa, pero no con depresión. Además, las complicaciones en el proceso judicial o en las condiciones de encarcelamiento aparecen relacionadas con conductas de autolesión a las que el interno recurriría como forma de llamar la atención.

b) Ambiente en prisión

Además en la prisión se dan factores específicos de riesgo como son el impacto psicológico de la detención y el encarcelamiento o la separación o pérdida de los lazos familiares.

En esta línea, y siguiendo a Gutiérrez (1997) queremos abordar el suicidio en prisión desde la perspectiva del estrés psicosocial, de acuerdo a la cual el ingreso en prisión conlleva un proceso de adaptación psicológica del individuo, en el que intervienen e interactúan estresores ambientales (humedad, calor o frío, ruido, etc.), existencia de condiciones higiénicas y médicas en ocasiones deficientes, la ausencia de espacios de esparcimiento, situaciones de hacinamiento, falta de intimidad, una estructura arquitectónica y organizacional en la que se desarrolla toda la vida del individuo y el alejamiento de las fuentes de apoyo social, todo lo cual, teniendo en cuenta las diferencias individuales en recursos, estrategias de afrontamiento y personalidad, puede afectar al estado de salud psicológica y física del individuo (Gutiérrez, 1997).

c) Desequilibrio entre demandas y recursos

El impacto psicológico del encarcelamiento o el estrés diario asociado a la vida en prisión puede sobrepasar las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables.

d) Medidas de prevención

A veces no existen procedimientos formales para identificar y atender a internos con riesgo de suicidio.

En el caso de las Instituciones Penitenciarias españolas, la Administración Penitenciaria, consciente de la gravedad de este problema, y teniendo en cuenta la experiencia acumulada de los diversos programas de prevención de suicidios puestos

Gulema Altamirano Argudo.

en marcha previamente, ha establecido, a través de la Instrucción 142vv5 un protocolo integral de actuación frente al suicidio en prisión, conocido como Programa Marco de Prevención de Suicidios (PPS). Este programa está teniendo un enorme éxito en su objetivo de prevenir e intervenir sobre la conducta suicida, y está sirviendo de referente para las instituciones penitenciarias de diferentes países europeos y latinoamericanos.

Precisamente en el Programa de Prevención de Suicidios se detallan los factores de riesgo más relevantes por su relación con el suicidio en prisión y son:

- Ingreso reciente.
- Tipología delictiva: homicidio, asesinato, libertad sexual, violencia doméstica.
- Sintomatología depresiva: cambios de humor, tristeza, agitación, ideas suicidas inespecíficas, sentimientos de culpa, alteración del apetito o del sueño.
- Intentos previos de suicidio.
- Problemática tóxicosalcohólica presente.
- Pérdidas familiares recientes.
- Diagnóstico reciente de enfermedad grave (últimos 3 meses) o estado avanzado.
- Ausencia o pérdida de apoyo exterior.
- Variables de personalidad: impulsividad, vulnerabilidad, indefensión, recursos personales deficitarios.
- Trastorno mental actual.
- Ideación suicida o planes de suicidio en la actualidad.

A esto hay que añadir que exista una fácil disponibilidad u oportunidad para llevar a cabo el suicidio. La disponibilidad inmediata de un método para cometer suicidio es un factor importante para determinar si una persona lo cometerá o no. Reducir el acceso a los medios para cometerlo es una estrategia efectiva en la prevención del suicidio.

e) Dificultades en la detección

Aunque existan dichos procedimientos formales, el exceso de trabajo o el personal no especializado que trabaja en los Centros Penitenciarios puede provocar que no se detecten adecuadamente las situaciones de riesgo de suicidio.

f) Atención a los enfermos mentales

Algunos Centros Penitenciarios no tienen programas de tratamiento psiquiátrico ni tienen acceso a profesionales de la salud mental como los que existen en la comunidad.

El bienestar psicológico en prisión.

Volviendo a la conducta suicida se trata, pues, de un comportamiento contraproducente, derivada normalmente de un cúmulo de factores cuya intensidad puede multiplicarse por estar en prisión. Se han dado diversas explicaciones a este fenómeno, de entre las cuales los modelos sociales o ambientales son los más populares.

Respecto a la relación entre suicidio y estrés, de los estudios consultados se observa que la mayoría de los internos que cometen suicidio, han experimentado acontecimientos estresantes en los tres meses previos al suicidio, tales como:

- ☐ Problemas interpersonales y rechazo: Separación, divorcio o muerte del cónyuge. Peleas con la pareja, familia, amigos, amante. La soledad y el aislamiento social
- ☐ Pérdidas: Pérdida inminente de un ser querido
- ☐ Problemas laborales y financieros: Pérdida del trabajo, dificultades financieras. paro reciente o jubilación.
- ☐ Cambios en la sociedad: por ejemplo, rápidos cambios políticos y económicos
- ☐ Otros acontecimientos estresantes: tales como la vergüenza y el temor a ser encontrado culpable por el delito cometido.

Diversos estudios (e.g., Chester, 1995, Cox et al., 1994) han encontrado una conexión entre variables ambientales, como el hacinamiento, las condiciones sanitarias, higiénicas, la comida, la separación de los seres queridos, etc. con la incidencia de patologías, entre las cuales está el suicidio.

Sin embargo, es improbable que el suicidio en prisión se deba en exclusiva a los factores ambientales, ya que, por un lado, también sucede en centros modernos y con óptimas condiciones, y por otro, no es una respuesta universal a las dificultades de la vida en prisión. Además, como afirman Cooper y Herlihy (1991) la estancia en prisión puede llevar a algunas personas a suicidarse mientras que otras muestran niveles de estrés muy bajos, por lo que la percepción del ambiente, las diferencias individuales y los recursos personales influirán mucho en el riesgo de suicidio dentro de prisión. Algunos individuos están en más riesgo que otros, por lo que es fundamental considerar también los factores individuales para determinar las variables de riesgo individuales, las características psicológicas y conductuales asociados con índices de bienestar y malestar psicológico.

Diversos autores se han ocupado del estudio de los factores responsables de las elevadas tasas de suicidio en prisión. De acuerdo a Gendrich y Rager (1997), las causas posibles de los intentos de suicidio serán diversas, pudiéndose diferenciar entre factores judiciales, factores asociados a la situación misma de encarcelamiento y causas relacionadas con las características de la población penitenciaria.

a) Causas judiciales

Entre las causas judiciales, la persona encarcelada puede resentirse psicológicamente de problemas como la lentitud de los procedimientos, las dificultades del proceso, el formalismo jurídico, la falta de celo del defensor o la gravedad de las decisiones judiciales.

Archel y Rauvant (1994) señalan que el intento de suicidio o las autolesiones puede ser un recurso del interno para llamar la atención sobre sus condiciones judiciales, acelerar una resolución o retrasar un traslado. También pueden constituir una forma de comunicarse a nivel no verbal, a la que algunos internos pueden recurrir cuando perciben que la institución no atiende sus demandas.

Por su parte, Harding (1994) a partir de datos de una prisión sueca indica que en los trece suicidios registrados hubo un suceso desencadenante, relativo al proceso jurídico, al régimen del centro o relacionado con la familia del preso.

b) Causas relacionadas con el ingreso en prisión

En cuanto a las causas asociadas al encarcelamiento, Gurech y Rager (1997) identifican el choque del encarcelamiento en los detenidos por primera vez, la ruptura con el medio de vida habitual, y con las coordenadas espaciotemporales y afectivas del interno, la distorsión del tiempo, que se vuelve inmóvil e interminable en la prisión, la soledad, violación de la intimidad, aislamiento afectivo, ausencia de comunicación positiva y de relaciones sexuales, estrés moral, tensión psicológica, ansiedad por la aproximación de decisiones judiciales, la tensión de estar encerrado, etc.

Además, la vida en prisión favorece volverse sumiso y vegetativo, como también han señalado otros autores (Garcías-Orrís, 1999; Páez, 1999).

Señalan también Archel y Rauvant (1994) que los intentos de suicidio y autolesiones pueden ser intentos de dar una temporalidad a la vida en prisión y de romper con el pasado: por un lado, estos actos constituyen formas de introducir variación en la vida de la prisión, de romper la monotonía del tiempo y por otro, el recluso intenta olvidarse, aunque sea un instante, de su pasado delictivo, que es lo que ha determinado que él esté en prisión, y que constituye el elemento central de su identidad social en prisión (rol del preso), identidad que está constantemente presente, sin poder sustituirla por otra como ciudadana, trabajadora, padre/madre, etc).

Respecto al choque del encarcelamiento, algunos estudios muestran una mayor concentración de actos de suicidio en las primeras semanas de encarcelamiento, pero otros trabajos no confirman esta tendencia. En un estudio realizado por Macgett (1997), se observó que el riesgo de suicidio aumentaba en las primeras semanas de encarcelamiento: 4 sujetos se suicidaron en las primeras 24 horas, 13 en la primera semana y 26 en el primer mes. De acuerdo a estos datos, el autor afirma que la probabilidad del suicidio aumenta cuando se sobrepasa un umbral de resistencia al estrés, umbral que depende de los recursos de afrontamiento del sujeto. De entre los estresores, el más importante sería la abstinencia de alcohol o drogas forzada por el encarcelamiento.

El bienestar psicológico en prisión.

Por ello, los días posteriores al ingreso en prisión o el tipo de delito, a afectos prácticos, se consideran variables de alto riesgo a la hora de valorar un posible intento de suicidio. En otros casos puede haber detrás un trastorno depresivo o trastornos de personalidad límite o antisocial, caracterizados por conductas muy impulsivas.

No obstante, la mayor frecuencia de suicidios no se da siempre en las primeras semanas de encarcelamiento: García Marijuán *et al.* (2007) encuentra que de 47 suicidios en prisiones españolas, 30 ocurrieron en el primer mes de ingreso en prisión, y 3 al año o más.

Cooper y *et al.* (2001) en una investigación que compara los factores de riesgo para tres grupos de internos que suelen tener más prevalencia de suicidio (prevenidos jóvenes, jóvenes penados e internos con cadena perpetua) encontraron que una historia psiquiátrica previa, la fe, los sentimientos de culpa, la falta de apoyo social externo, o la falta de participación en actividades dentro de prisión son los factores más asociados con un alto nivel de ansiedad, depresión y morbilidad psicológica, y también la severidad de las molestias y preocupaciones diarias.

c) Variables psicosociales:

Otros factores que en prisión se han de tener en cuenta, por su relación con el suicidio son diferentes variables psicosociales:

• Alcoholismo y drogodependencia:

Las personas dependientes del alcohol que cometen suicidio (hasta 10% de los casos de suicidio), no sólo comienzan a beber a temprana edad y beben copiosamente, además que suelen provenir de familias alcohólicas. Las toxicomanías (consumo de drogas) se encuentran cada vez más en adolescentes que presentan comportamientos suicidas. El uso y abuso de sustancias puede ser común entre personas con tendencia a ser impulsivas, y entre aquellos que se involucran en conductas de alto riesgo que resultan en daño a sí mismo. *ej.* Conducción temeraria, peleas, autolesiones o cortes en brazos, etc). La presencia de alcoholismo o drogadicción y depresión aumenta enormemente el riesgo de suicidio.

• Esquifrenia:

Aproximadamente el 10% de los esquizofrénicos cometen suicidio. La esquizofrenia se caracteriza por alteraciones en el habla, el pensamiento, la audición y la visión, la higiene personal y el comportamiento social. En resumen, por drásticos cambios en el comportamiento y los sentimientos, o por ideas extrañas. Es más probable que los esquizofrénicos cometan suicidio: en etapas tempranas de la enfermedad, cuando están confusos o perplejos; en las etapas tempranas de la recuperación, que es cuando se sienten vulnerables; en etapas tempranas de una recaída poco después de darle el alta médica. En estos casos es clave controlar que tomen la medicación correspondiente de la manera prescrita por los médicos.

Guilema Altamirano Argudo.

• **Enfermedades físicas:**

- ☐ **Epilepsia:** El aumento en la impulsividad, agresión y discapacidad crónica, vistas con frecuencia en personas con epilepsia, son las razones más probables del aumento en el comportamiento suicida de los epilépticos.
- ☐ **Lesiones:** en la médula espinal o el cerebro y accidentes cerebrovasculares: a más seria la lesión, mayor el riesgo de suicidio.
- ☐ **Cáncer:** existen indicaciones de que una enfermedad Terminal se asociaa con el aumento en tasas de suicidio.

• **Impulsividad:**

Es la tendencia a actuar sin pensar en un plan o en sus consecuencias. Es un síntoma de muchos trastornos mentales, y ha sido relacionado a la conducta suicida usualmente a través de su asociación con desórdenes mentales o abusos de sustancias.

• **Temperamento y personalidad.**

☐ Hay dos tipos de temperamento o perfil de personalidad asociados con el suicidio:

1. **Personas impulsivas/agresivas:** asociadas con impulsividad, búsqueda de sensaciones, abuso de drogas/alcohol, problemas en la infancia.
2. **Personas depresivas/retardadas:** más relacionados con afectos negativos, escaso control emocional, ansiedad alta.

Ambos tipos, por lo dicho anteriormente sobre las variables incluidas en cada uno, se relacionan con el suicidio de una manera u otra.

En línea con esto, mencionar un interesante estudio realizado en cinco prisiones de Bogotá, (Ruiz y cols, 2002) se analizó mediante cuestionario aplicado a 400 internos la presencia de indicadores psicológicos de suicidio y de variables asociadas como psicopatología previa, estresores cotidianos en prisión, clima emocional, y antecedentes familiares y de consumo de drogas. Mediante análisis de regresión se encontró que el riesgo de suicidio se asociaba con una menor edad, una mayor dificultad para ajustarse a las normas del centro y con la existencia en el pasado de enfermedades físicas y de dificultades sexuales. También son más vulnerables al suicidio los internos que no pertenecen a algún grupo de reclusos por la naturaleza de su delito, o por su personalidad ya que entonces se ven privados de la autoestima y del sentimiento de pertenencia frente al aislamiento, y del sentido de control que proporciona el grupo. Los mismos autores (Ruiz y cols, 2002) plantean la dificultad que se da en ocasiones de distinguir entre tentativas de suicidio, ingestión accidental de objetos extraños, automutilaciones y el suicidio.

d) Variables sociodemográficas

También es importante tener en cuenta, en relación con el suicidio, las diferencias que puede haber entre la población reclusa en cuanto a edad, género, y variables de otro tipo:

- En relación a las diferencias por género, Archel y Rager (1997) señalan que las tasas de suicidio en prisión son más altas en los hombres. Estos autores argumentan que se debe a que éstos son más agresivos y más violentos que la mujer y escogen medios más eficaces para culminar el acto de suicidio. En cambio, no existirían diferencias de género para tentativas de suicidio y conductas autoagresivas. Otros estudios han mostrado similares datos para los suicidios consumados, argumentando diferencias relacionadas con la sintomatología ansiosa depresiva, mayor en mujeres, y diferencias derivadas de los roles de género, en los que la mujer, por su rol de cuidadora y mayor sentido de responsabilidad frente a, por ejemplo, sus hijos, no llega a consumir el suicidio en tantas ocasiones como los hombres. Sin embargo, varios estudios confirman mayor número de intentos de suicidio entre las mujeres reclusas que entre los hombres.
- Respecto a la edad, el suicidio se daría más en los internos más jóvenes, aunque la tasa de suicidio tiene dos crestas: personas mayores (más de 65 años), aunque son pocos en prisiones (los jóvenes (15-35 años), especial atención por el impacto de la encarcelación en ellos).
- Los sujetos psicológicamente frágiles (psicópatas, toxicómanos, alcohólicos, etc.), pueden tener también una gran propensión a pasar al acto auto o heteroagresivo.
- Además, esta población presenta una acumulación de eventos de vida traumáticos. En un estudio realizado por estos autores Rager y Archel (1997) entre 25 jóvenes reincidentes, 14 sujetos habían tenido accidentes de motos, 14 sufrieron en algún momento de su vida un coma o pérdida de conocimiento, 16 sujetos padecieron un traumatismo craneal, y 22 sujetos usaban de forma crónica productos tóxicos (6 especialmente heroína) situándose la edad media de inicio del consumo a los 14 años. Dieciséis sujetos se habían autodesmutilado (en 14 casos en situaciones de detención), y 14 habían informado de tentativas de suicidio (14 fuera de la prisión); la edad media del intento de suicidio fue los 16 años).

Por último mencionar algunas investigaciones con resultados interesantes en relación a todo lo comentado hasta ahora sobre el suicidio en prisión.

Analizando las características sociodemográficas, Archel y Rauvart (1999) encuentran, en las prisiones francesas, que los varones (que componen el 55% de la población penal francesa), se suicidan en proporción tres veces más que las mujeres, el 75% tiene menos de 35 años, muchos son solteros (el 43%), sin formación escolar (el 55%), y por ello de baja cualificación laboral (84% obreros).

Juliana Altamirano Argudo.

De 33 muertes clasificadas oficialmente como suicidios, (acett n 7) encontró que las características más sobresalientes eran ser soltero n casos), estar bajo observación psiquiátrica n 1 casos, aunque sólo 4 fueron identificados como de alto riesgo de suicidarse), estar en detención preventiva n), tener antecedentes criminales n 2 sujetos, y 24 habían estado antes en prisión). Otros 15 sujetos tenían antecedentes de al menos un acto de parasuicidio y habían tenido algún contacto psiquiátrico pero sólo un sujeto fue diagnosticado como enfermedad depresiva. 15 tenían problemas de alcohol o drogas y algunas padecían síndrome de abstinencia en la época anterior al suicidio.

Por su parte, Arboleda Lore y Colley n al analizar algunas características que aparecían más frecuentemente en un grupo de 7 internos con riesgo de suicidio, respecto a un grupo de control de 45 sujetos encontraron que entre los primeros había más mujeres, tenían más ingresos en centros correccionales, presentaban síntomas más severos, se mostraban más depresivos, con menos apetito y mayor pérdida de peso, y había más sujetos que habían recibido tratamiento psiquiátrico. El pasado suicida no diferenciaba a ambos grupos.