

Sintomatología psicológica en población reclusa del establecimiento carcelario de Bogotá

Resumen

El principal objetivo de este estudio es establecer los síntomas psicológicos en la población reclusa del establecimiento carcelario de Bogotá. Este estudio (descriptivo-comparativo) incluyó una muestra total de 40 reclusos del sector norte y sur del EC de Bogotá. A los participantes se les aplicó el inventario SCL 90-R en su adaptación española. Los resultados mostraron una alta presencia de sintomatología, relacionada con la dimensión de psicoticismo, y de algunas otras que indican de manera directa el nivel de malestar o distrés global. Además, estos no arrojaron diferencias significativas entre los reclusos del sector norte y sur en lo referente a la sintomatología que presentaban. Por último, la mayoría de los participantes mostraron un estilo de respuesta aumentador (exageración) o de simulación.

Palabras Clave: prisionalización, privación de la libertad, funcionamiento psicológico, salud psicológica, reclusos.

Abstract

The main objective of this research is to establish the psychological symptoms affecting the inmate population of Bogota city. This descriptive-comparative research included a total sample of 40 inmates of the north and south sections of the prison. The SCL 90-R inventory -Spanish adaptation- was applied. It was found a high presence of symptoms related to the psychoticism dimension as well as others that directly indicate the level of discomfort or global distress. Besides, results did not show significant differences in the symptomatology presented by inmates of the north and south sections. Finally, an increased response style -exaggeration or simulation- was showed by most participants.

Keywords: imprisonment, freedom deprivation, psychological functioning, psychological health, inmates.

Carlos José Quintero-Cárdenas¹,
José Raúl Jiménez-Molina²,
Martha Isabel Riaño-Martínez³,
Iván Antonio Zúñiga-Barros⁴
Universidad Incca de Colombia

Recibido: 08 de Julio de 2014

Aceptado: 26 de Noviembre de 2014

1. Profesional en formación en psicología de la Universidad Incca de Colombia y del establecimiento carcelario de Bogotá. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: cjquintero@gmail.com
2. Magister en psicología, docente universitario y asesor de prácticas profesionales en psicología jurídica, magistrado tribunales deontológicos y bioéticos de psicología centro y sur oriente. COLPSIC, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: Jrjimenezm69@hotmail.com.
3. Profesional en formación en psicología de la Universidad Incca de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mayis_0910@hotmail.com
4. Especialista en investigación criminal, docente universitario y asesor de prácticas profesionales en psicología jurídica, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: iazbpsico@yahoo.com.

Introducción

En la vida del ser humano, es inevitable que se presenten crisis y experiencias traumáticas, las cuales se hacen más comunes y adquieren cierta intensidad o magnitud a lo largo del ciclo vital (Dudeck et al., 2011). Entre éstas, el encarcelamiento o el ingreso a prisión puede ser considerada como una de las crisis vitales de mayor intensidad (Dudeck et al., 2011; Medina, Cardona y Arcila, 2011), puesto que a causa del proceso de prisionalización, la persona adquiere y adopta un nuevo patrón conductual (Echeverri, 2010; Medina, Cardona y Arcila, 2011). Cabe mencionar que el encarcelamiento, el ingreso a prisión o el arresto (intramural) no es la única pena privativa de la libertad (medida sustitutiva de la pena de multa); de hecho, la prisión domiciliaria también es considerada como una de ellas (sustitutiva) y, de igual manera, podría comenzar a desencadenar algún tipo de efecto psicológico en el individuo (Congreso de la República de Colombia, 1993, 2014).

Este proceso de prisionalización trae consigo una serie de consecuencias tanto de tipo intencional, como no intencional (Dye, 2010). Entre las consecuencias intencionales del encarcelamiento (funciones de la pena), se espera castigar y contrarrestar el delito (Mójica, Sáenz y Rey-Anacona, 2009), así como obtener la resocialización de la persona responsable de cometer alguna conducta o hecho punible (reinserción social) y la protección al condenado (Corte Constitucional Colombiana, 2005). Con respecto a los resultados no intencionales del proceso de encarcelamiento, los efectos de prisionalización son la principal consecuencia pues afectan, en gran medida, el bienestar global y la calidad de vida del recluso; entre estos, se encuentran efectos tanto somáticos, como psicosociales. Afectaciones en la visión, en la audición, en el gusto y en el olfato se incluyen dentro de las principales consecuencias somáticas (Soria, 2005).

Con respecto a las afectaciones psicosociales, dificultades en el proceso de adaptación, exageración de las situaciones, autoafirmaciones agresivas o sumisión frente a la institución, dominio o sumisión en la relaciones sociales, ausencia de control propio, ansiedad, estrés, alteración de la afectividad, entre otras, son las más investigadas y documentadas en la literatura (Soria, 2005).

Por otra parte, es relevante resaltar que, junto con lo anteriormente mencionado, se tiende a presentar un aumento del grado de dependencia, una devaluación de la propia imagen, una disminución de la autoestima, una exageración del egocentrismo y una anormalización del lenguaje

(adquisición del lenguaje de la reclusión y de los códigos manejados en su interior por parte del cuerpo de custodia y vigilancia, así como por parte de los demás internos recluidos) (Crespi y Mikulic, 2004; Herrera y Expósito, 2010). Además, el padecimiento de trastornos de ansiedad, estrés y pánico, así como la presencia de alucinaciones y las automutilaciones (Haney, 2003), o el empobrecimiento cognitivo y la disminución de habilidades interpersonales (Ruiz, 2007), son algunos de los posibles efectos de la estancia en prisión.

En este orden de ideas, Rubio et al. (2014) le atribuyen la génesis de esta fuerte afectación a diversos factores y estresores que se encuentran vinculados al proceso de adaptación de las personas que se encuentran privadas de la libertad y recluidas en prisión. Entre estos, se encuentran ciertas características de la población reclusa, el tiempo de estancia en prisión, la insuficiencia en los cuidados de salud y la presencia de situaciones adversas y críticas (Dudeck et al., 2011).

Retomando al encarcelamiento como situación, éste puede catalogarse como una circunstancia vital crítica que genera una serie de eventualidades negativas a nivel físico y psicológico. De hecho, el encarcelamiento es uno de los eventos traumáticos que más afectan las dimensiones psicológicas de la persona, en especial de aquella que ingresa a prisión por primera vez, puesto que aquella persona que reincide en el delito o que ingresa a prisión en repetidas ocasiones experimenta un impacto psicológico menor (Ruiz, 1999). Esta afectación es atribuida principalmente a factores tales como: la privación de la libertad, el aislamiento social, el alejamiento de redes de apoyo (Armour, 2012), la preocupación por quienes permanecen en libertad, el hacinamiento, la pérdida de privacidad, la situación jurídica actual, los traslados, las extorsiones, la violencia entre internos (Paulus y Dzindolet, 1993), las demoras en los procedimientos, las dificultades en los procesos jurídico-penales (Ruiz et al., 2002), la percepción del clima emocional, la ausencia de estímulos ambientales, los estímulos sociales y las actividades para ocupar el tiempo (Ruiz, 1999).

Con base en lo anterior, la calidad de vida del recluso también se ve afectada, lo que provoca una serie de modificaciones en la percepción que tiene él mismo de su propia vida, incluyendo las diversas áreas que la componen. Por lo tanto, con respecto al bienestar como dimensión subjetiva de estudio de la calidad de vida (Arita, 2005), que hace referencia principalmente a lo que las personas piensan y

sienten acerca de la evaluación de su vida y los resultados de la misma (Cuadra y Florenzano, 2003; Gómez, Villegas, Barrera y Cruz, 2007), es importante mencionar que éste depende de muchos factores y condiciones. Entre estos se encuentran la pareja, los amigos y demás relaciones, la actividad productiva, la salud, la situación económica, la emocionalidad y la seguridad e integración con la comunidad (Ardila, 2003; Arita, 2005; Gómez et al., 2007); es de suponer que todos estos aspectos podrían verse afectados directamente por la estancia en prisión.

Por otra parte, la calidad de vida y su definición integradora ha sido fuertemente controvertida por diversos autores; sin embargo, se puede afirmar que esta se encuentra conformada por aspectos, tanto subjetivos como objetivos, que permiten su abordaje (Ardila, 2003). Entre los aspectos subjetivos, se encuentran la expresión emocional, la seguridad y salud percibida, la intimidad y la productividad personal. Entre los aspectos objetivos, se destacan el bienestar material, las relaciones armónicas con la comunidad y el ambiente, y la salud, considerada de manera objetiva.

Por lo anterior, es posible mencionar que el malestar psicológico del interno puede ser consecuencia de factores (ausencia de comunicación, encierro, aislamiento afectivo, pérdida de intimidad, entre otros) que afecten los aspectos objetivos y subjetivos anteriormente mencionados (Ruiz et al., 2002).

En lo referente a las investigaciones realizadas con población privada de la libertad, cabe mencionar que, en países del continente europeo, se encuentra un buen número de trabajos acerca de la prevalencia de ciertos diagnósticos (Dudeck et al., 2011); no obstante, es marcada la ausencia de investigaciones que aborden el bienestar psicológico de la población reclusa. En Latinoamérica, y especialmente en Colombia, se da una situación similar; son pocos los estudios en torno al bienestar psicológico global de la población reclusa en los establecimientos carcelarios a nivel nacional.

Ahora bien, Dudeck et al. (2011), en su estudio realizado en 11 países del continente europeo, tuvieron como objetivo principal investigar la prevalencia de síntomas psicológicos en población reclusa mediante instrumentos que permitieran la auto-aplicación (dicho objetivo fue similar al del presente estudio). El trabajo en mención arrojó que una gran proporción de la población estudiada presenta cierta tensión con relación a algunos síntomas, como la dimensión de depresión, ideación paranoide, hostilidad y ansiedad, entre otros.

Con respecto a la presencia de comportamientos violentos y hostiles, la competencia entre internos se señala como la causa principal; no es extraño que esta haga parte de la cotidianidad de los reclusos, quienes buscan obtener los recursos ofrecidos por la institución (Ruiz, 2006). Además, la presencia de síntomas de ansiedad puede ser atribuida a los diversos sucesos que exigen cierto esfuerzo de adaptación por parte de los internos (Ruiz, 2007).

La sintomatología depresiva es uno de los principales factores de riesgo suicida (Dudeck et al., 2011; Medina, Cardona y Arcila, 2011); esta puede ser causada por la pérdida de contacto social y el aislamiento (Ruiz, 2007). Los puntajes altos en dimensiones de ideación paranoide pueden atribuirse a la hipervigilancia y el alto control ejercido sobre los reclusos por el grupo de seguridad de la institución (Dudeck et al., 2011). Por el lado del psicoticismo, existe una mayor prevalencia de trastornos psicóticos en población delincuente con delitos de carácter no sexual (Faria, Rigonatti, Saffi, Martins y Serafim, 2011). Los puntajes altos en esta dimensión pueden ser consecuencia de la estancia en prisión (Dudeck et al., 2011) y el consumo de drogas y sustancias psicoactivas (anfetaminas, cocaína, cannabis, etc.) (Brugha et al., 2005; Farrel et al., 2002).

Retomando las consecuencias no intencionales del proceso de prisionalización, es importante mencionar que la alta prevalencia de trastornos mentales en población privada de la libertad es una de ellas (Armour, 2012) y, como lo indican Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams y Murray (2009), las personas con trastornos psiquiátricos o mentales tienen más probabilidad de tener encarcelamientos previos, en comparación con las personas con ausencia de algún tipo de enfermedad psiquiátrica.

Por otra parte, con relación a la importancia y pertinencia de la realización del estudio, es importante mencionar que el problema principal radica en que diversas condiciones y factores son causa de la aparición, prevalencia y mantenimiento de ciertos síntomas psicológicos y algunos otros efectos. Todo esto conlleva un deterioro de la calidad de vida de la persona en condición de encarcelamiento y podría afectar el tratamiento penitenciario y el proceso de readaptación a la vida social-productiva.

Por esto, el principal aporte a la literatura es el abordaje del componente psicológico desde su sintomatología (manifestación subjetiva), para brindar una atención óptima a las personas privadas de la libertad y evitar la presencia

de diversos efectos no intencionales de la prisionalización como proceso. Según los informes estadísticos del mes de agosto (INPEC, 2014) y diciembre (INPEC, 2015), la población en los establecimientos de reclusión supera la capacidad de los mismos, lo que conlleva efectos principales, relacionados con la salud mental y física, la disciplina y la educación (INPEC, 2014).

El informe estadístico del mes de agosto del año 2014 muestra como datos relevantes que, en la regional central, se encuentra un número de 36.101 (30.9% de la población general reclusa) personas reclusas, pero sólo hay capacidad para 28.515 en los establecimientos; así bien, 7.586 personas se encuentran dentro del grupo considerado como sobrepoblación. Entre estos, 10.717 se encuentran como sindicados (9.608 de género masculino y 1.109 de género femenino) y 25.384, como condenados (23.775 de género masculino y 1.609 de género femenino).

Con base en el informe estadístico del mes de diciembre, la regional central alberga 34.452 reclusos (30.3% de la población general reclusa), pero sólo tiene capacidad para 29.246 personas, lo cual indica que unos 5.206 reclusos conforman el grupo de personas en condición de sobrepoblación. Entre estos, se encuentran 9.688 sindicados (8.711 hombres y 977 mujeres) y 24.764 condenados (23.245 hombres y 1.529 mujeres). Con respecto a los delitos, los de mayor ocurrencia son: homicidio (16.8%), hurto (16.3%), tráfico de armas (14.5%), tráfico de estupefacientes (13.6%) y concierto para delinquir (7.5%). El número total de reincidentes, según el estudio del mes de diciembre, es de 6.383 en la regional central (5.855 hombres y 528 mujeres) (INPEC, 2015).

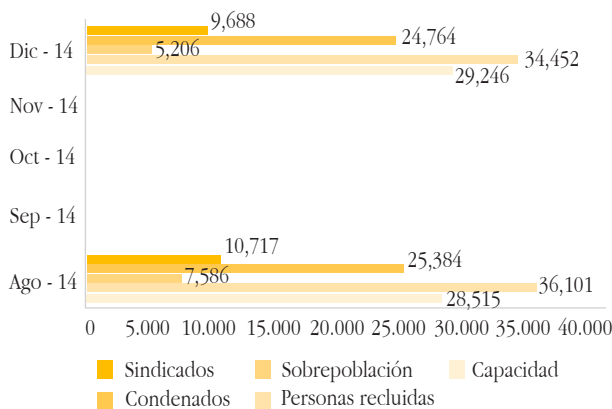


Figura 1. Número de personas reclusas en la regional central. Fuente: INPEC. (2014); Informe estadístico agosto 2014. Bogotá, Colombia: Oficina asesora de planeación grupo estadístico; INPEC. (2015). Informe estadístico diciembre 2014. Bogotá, Colombia: Oficina asesora de planeación grupo estadístico.

Con base en lo anterior, es relevante mencionar que los datos muestran un alto número de población masculina en los establecimientos de reclusión de la regional central, como también un alto nivel de reincidencia en población de este género. Por lo tanto, tomándose en cuenta la cárcel modelo (incluida en la regional central) como el principal establecimiento para la investigación, es de vital importancia mencionar diversas condiciones y características de esta. Pero primero cabe hacer hincapié, como se ha hecho en diversos trabajos, en que el sistema carcelario del país y sus condiciones son deficientes, puesto que los servicios de atención y salud no son adecuados, se presenta hacinamiento, condiciones físicas inadecuadas de los establecimientos de reclusión, procedimientos poco suficientes con base a la clasificación y no unificación de los internos de distinta situación jurídica (condenados-sindicados), corrupción, violencia, entre otras cosas (Mójica, Sáenz y Rey-Anaconda, 2009).

El EC de Bogotá se encuentra dividido en dos sectores principales: sector norte y sector sur. El primero de estos es comprendido por dos pabellones, que de igual manera están conformados por cuatro módulos: 1A, 1B, 2A, y 2B. En estos módulos se encuentran albergados internos por delitos, tales como conformación de grupos al margen de la ley, hurto, homicidio y delitos sexuales. Estos internos, a diferencia de los del sector sur, no son reincidentes (aspecto el cual posiblemente podría influir en la aparición, minimización y ausencia de los efectos de prisionalización en términos psicológicos) (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario [INPEC], 2005).

En el sector sur, se encuentran los pabellones 3, 3A, 4 y 5. En estos se encuentran albergados internos reincidentes por delitos, tales como conformación de grupos al margen de la ley, homicidio, hurto, lavado de activos, delitos políticos y tráfico (INPEC, 2005).

Por otra parte, y con respecto a la estructura de cada sector, es relevante mencionar que el sector norte tiene una infraestructura más nueva, en comparación a la del sector sur, puesto que ha sido objeto de algunas modificaciones recientes.

Con base en los datos anteriormente mencionados, es posible afirmar que la prisionalización es un proceso que trae consigo una serie de consecuencias, tanto positivas como negativas. Estas últimas han sido objeto de mayor estudio alrededor del mundo. Por este motivo, en la presente investigación se abordaron los efectos de priona-

lización desde un punto de vista psicológico (aspecto con escasa documentación en los establecimientos de reclusión en Colombia).

Esta investigación tuvo como objetivo establecer los síntomas psicológicos que son provocados por el proceso de prisionalización. De acuerdo a esto, y como objetivos específicos, esta investigación buscó identificar si existen diferencias significativas en la sintomatología psicológica entre el sector sur y el sector norte. Así mismo, pretendió determinar la existencia del estilo de respuesta reductor o aumentador (omisión o exageración) de los síntomas psicológicos por parte de la población reclusa del establecimiento carcelario de Bogotá y comparar el sector norte y sur del mismo. Se estableció como hipótesis principal que el sector sur, por sus condiciones de infraestructura y características poblacionales, presenta mayores puntuaciones en las dimensiones (sintomatología psicológica) e índices (malestar global y estilo de respuesta aumentador) comprendidos por el cuestionario SCL 90-R, en comparación con el sector norte.

Método

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo cuantitativo debido a que la recolección, análisis y contenido de la información es de carácter numérico, y su objetivo principal es la explicación del fenómeno al margen de los datos, con escasa participación de la subjetividad de los participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Su diseño fue descriptivo-comparativo, puesto que se examinó y se describió la manifestación de las variables de análisis en la muestra poblacional seleccionada; se estableció una comparación de los resultados de la ejecución del cuestionario de síntomas entre los dos grupos principales de análisis y no se tuvo un estricto control de algunas otras variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Participantes

Reclusos adultos comprendidos entre el rango de edad desde los 19 hasta los 59 años. Cabe mencionar que la variable edad y sus implicaciones en los efectos de prisionalización no ha sido determinante, sino que la variable tiempo es la que, según los estudios realizados, determina la aparición, intensidad y minimización de los mismos

(Soria, 2005). Los participantes fueron reclutados a partir de los programas transversales que se desarrollan en el establecimiento carcelario de Bogotá con el objetivo de atender y tratar al recluso. La selección se realizó a partir de un tipo de muestreo no probabilístico, el cual se caracteriza principalmente por la facilidad de los investigadores para acceder a la población seleccionada. La muestra total de participantes (40) se encuentra dividida en dos partes: 20 adultos reclusos en el ala norte del establecimiento en los patios 1B (50%), 2A (45%) y MILENIO (5%) y los 20 restantes, adultos reclusos en el patio 4 (100%) del ala sur.

Los participantes reclusos en el sector sur y norte del establecimiento, se encuentran actualmente en prisión por delitos incluidos dentro de la delincuencia común, pero en el primero de estos sectores la reincidencia es un factor principal, mientras que en el segundo, se encuentran los reclusos que han ingresado por primera vez. En el sector sur, específicamente, un 45% se encuentra por homicidio; un 35%, por hurto; un 15%, por tráfico, fabricación o porte de estupefacientes y un 5% por tráfico, fabricación o porte de armas de fuego o municiones; en el sector norte, un 60% de la muestra se encuentra reclusa por hurto; un 15%, por homicidio; un 10%, por tráfico, fabricación o porte de estupefacientes; un 5%, por tráfico, fabricación o porte de armas de fuego o municiones; un 5%, por acceso carnal abusivo con menor de 14 años; y un 5%, por violencia en contra de un servidor público.

Todos los participantes fueron seleccionados a partir de criterios de exclusión, como no ser clasificados o incluidos dentro de la población psiquiátrica del establecimiento, no haber sido diagnosticados con discapacidad cognitiva que les impida el desarrollo y diligenciamiento del instrumento, no presentar enfermedades neurológicas, ni físicas. Como principal criterio de inclusión, aparte de los criterios sociodemográficos ya mencionados, se tomó en cuenta la condición jurídica de los condenados. Por otro lado, en lo referente al estado civil de los participantes, el 50% de la muestra son solteros, el 35% tienen pareja, el 10% están separados legalmente y sólo el 5% son casados.

Instrumentos

Los participantes de este estudio fueron valorados de manera individual con el inventario de síntomas SCL 90-R (Derogatis, 2002), el cual ha tenido amplia difusión en diversos países y tiene como objetivo principal monitorear la evolución o retroceso de los tratamientos aplicados en la práctica clínica. Este cuestionario tiene gran validez

para la evaluación y medición del malestar subjetivo y no se utiliza como una herramienta diagnóstica, como algunos otros instrumentos. Como valor agregado, es pertinente mencionar que el SCL 90-R cuenta con dos índices globales (total de respuestas positivas e índice de severidad de los síntomas presentes) que le permiten la identificación de la presencia de estilos de respuesta relacionados con la simulación u omisión de síntomas; además, tiene como ventaja que permite el acceso rápido a la información, la cual es de difícil obtención por otros medios (Derogatis, 2002).

El SCL 90-R, en su versión española, recoge de manera estricta 90 síntomas en un formato auto-aplicable, el cual permite el acceso a información relevante de carácter cuantitativo acerca de 9 dimensiones principales. Este formato está conformado por 90 ítems (Derogatis, 2002), de los cuales algunos pueden no tener sentido por la condición de prisionalización en la cual se encuentran los participantes. Es por esto que en ítems donde son involucradas situaciones referentes a la vida en libertad, se incluyeron situaciones comparables que estuvieran presentes en el establecimiento carcelario.

De igual manera, con este instrumento, es posible obtener puntuaciones y resultados con base en tres índices adicionales y de gran relevancia para el malestar subjetivo mostrado por el evaluado: Índice de severidad global (GSI), Índice de malestar sintomático positivo (PSDI) y Total de síntomas positivos (PST) (Derogatis, 2002). Es importante resaltar que la puntuación de los índices PST y PSDI es de gran utilidad para detectar el estilo de respuesta aumentador o reductor de los participantes. Se debe tener precaución con los protocolos en los cuales se hallen 3 o menos respuestas positivas, o más de 50 síntomas positivos, puesto que la muestra poblacional de análisis es de género masculino.

Procedimiento

En la primera fase del estudio, se seleccionó la muestra poblacional con base en los criterios de inclusión inicialmente mencionados, tanto en el sector norte como en el sector sur del mismo.

Posteriormente, en la segunda fase, se aplicó el cuestionario de síntomas (SCL 90-R) de manera individual. Anterior a esto, durante la realización de los programas transversales, se dio explicación acerca del estudio que se iba a llevar a cabo. El instrumento fue aplicado por practicantes de psicología, quienes previamente habían recibido capacitación respecto a la aplicación y al análisis del mismo.

Para finalizar, en la tercera fase, se realizó la calificación de los cuestionarios y el análisis, tanto cuantitativo como descriptivo y comparativo, de los resultados.

Consideraciones éticas

Con respecto a las consideraciones éticas, esta investigación fue desarrollada con base en los principios éticos de la APA (American Psychological Association). De acuerdo con estos, se contó con la firma y diligenciamiento del consentimiento informado por cada uno de los participantes previo a la aplicación del instrumento y al desarrollo de la investigación. Inicialmente, se aclaró que el estudio consiste en una evaluación psicológica individual, sin procedimientos fuera de los mencionados como principales. También se aclaró que tras el análisis de los resultados obtenidos, la información sería suministrada a cada uno de los participantes si así lo pidiesen.

Por otra parte, y posterior al conocimiento de los resultados de la investigación por parte de los participantes, se dejó abierta la posibilidad para el seguimiento posterior o el acceso a consulta psicológica si fuese requerido. También, esta investigación se basó en las normas científicas, técnicas, administrativas y los aspectos éticos taxativamente registrados en la resolución N° 008430 el Ministerio de Salud (1993) para la investigación con seres humanos. Entre estos, es importante mencionar que este estudio, y los diversos procedimientos incluidos, tienen como pilar fundamental el respeto por la dignidad de la muestra poblacional, así como su bienestar individual. De igual manera, se tomaron las medidas pertinentes para evitar algún tipo de riesgo en los participantes y se hizo mención de la privacidad de la identidad a cada uno de quienes conformaron la muestra.

Resultados

Con respecto al primer análisis cuantitativo, tras el análisis estadístico-descriptivo de las puntuaciones T o estandarizadas, se encontró que la muestra total (40) recluida en el establecimiento obtuvo la mayor puntuación en la dimensión de psicoticismo (PSIC) y la puntuación menor en la de hostilidad (HOS). En la primera dimensión se obtuvo una puntuación promedio de 66.43 (DT de 11.68) y una moda de 75 (puntuación más alta registrada en los baremos del cuestionario). La mitad de la población en esta dimensión consiguió puntuaciones inferiores a 72.50 y un 50% obtuvo puntuaciones comprendidas entre el rango de 60 y 75.

La dimensión de hostilidad, la de menor puntuación, obtuvo un valor promedio de 58.05 con una variación de 10.13 y una moda o puntuación de mayor frecuencia de 63. La mitad de la población registró puntuaciones inferiores a 59.

Otro resultado relevante fue que los participantes con edad comprendida entre el rango de 18 a 30 años y 31 a 60 años, presentan una mayor puntuación media en la dimensión de psicoticismo. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 68.38 y 63.50, respectivamente.

Con relación al estado civil de los participantes, todos (solteros, casados y separados), a excepción de los que tienen pareja actualmente, presentan la más alta puntuación en la dimensión de psicoticismo (68.75, 66.50 y 73.75, respectivamente). Cabe anotar que los participantes con pareja obtuvieron la mayor puntuación en la dimensión de obsesiones-compulsiones ($M = 62.64$).

Por otra parte, y con base en los tres índices que evalúa el cuestionario (Índice de severidad global, total de síntomas positivos e índice positivo de malestar), los participantes registraron en el GSI un valor promedio de 66.40, con una variación de 10.70; en el PST, un valor M de 56.35 (DT de 9.64); en el PSDI, un valor promedio de 66.28 (DT 10.79) y una moda o puntuación de mayor frecuencia de 75.

Según la categorización de los participantes en cuanto a grupo de edad y estado civil, en el primero de estos, los reclusos incluidos en el rango de 18 a 30 años obtuvieron como puntajes M en los tres índices: GSI: 69.38, PST: 55.79 y PSDI: 68.25, y los reclusos incluidos dentro del rango de 31 a 60 años obtuvieron como resultados M : GSI: 63.44, PST: 57.19 y PSDI: 63.61; en el segundo criterio de categorización de la muestra (estado civil), los puntajes fueron los siguientes en los 3 índices: soltero (GSI: 67.35, PST: 56.50 y PSDI: 66.40), casado (GSI: 66.50, PST: 50 y PSDI: 71), separado (GSI: 71.75, PST: 58.75 y PSDI: 70.50) y en pareja (GSI: 63.50, PST: 56.36 y PSDI: 64.21).

De manera más específica, los resultados del análisis estadístico-descriptivo de la población reclusa arrojaron dimensiones de alta y baja puntuación diferentes según el sector (sur y norte) del establecimiento. Entre estos resultados, cabe mencionar que, en el sector sur, la dimensión de mayor puntuación fue la de psicoticismo (PSIC) y la de menor puntuación fue la de hostilidad (HOS). Con respecto a la de mayor puntuación, se obtuvo un valor promedio de 69, con una variación de 10.74 y una moda o puntuación de mayor frecuencia de 75. En la dimensión de hostilidad, la de menor valor, se obtuvo un valor promedio de 58.25, con una variación de 11.55 y una moda de 63 (Tabla 1).

En el sector norte, las dimensiones de obsesiones-compulsiones (mayor puntaje) y la de hostilidad (menor valor) son las de principal análisis. La muestra poblacional de este sector obtuvo como valores, en la dimensión de obsesiones-compulsiones, una moda de 70, un valor promedio de 65.80 y una desviación típica de 9.75. En la dimensión de hostilidad, la cual puntuó con menor valor al igual que en el sector sur, registra una puntuación media de 57.85, con variación de 8.78. En esta, también se presentó como valor de mayor frecuencia el 58 (Tabla 1).

Por otra parte, y con relación a los índices principales, el sector sur obtuvo puntuaciones promedio para el GSI, el PST y el PSDI. Dichas puntuaciones fueron de 66.10, 57.05 y 65.55, respectivamente. Las puntuaciones de mayor frecuencia fueron de 75 (GSI), 55 (PST) y 75 (PSDI) (Tabla 2).

En el sector norte, las puntuaciones medias de los tres índices principales fueron: 66.70 (GSI), 55.65 (PST) y 67 (PSDI). En cuanto a las puntuaciones de mayor frecuencia en los 20 internos del sector, se registró 75 para los índices de severidad global y de malestar positivo y 67 para el total de síntomas positivos (Tabla 2).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos del sector sur y norte (dimensiones).

Sector		SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
Sur	Media	62,95	62,40	63,85	62,70	61,10	58,25	58,65	62,30	69,00
	Mediana	65,00	67,00	68,50	63,00	63,00	61,50	65,00	67,00	75,00
	Moda	67	70	75	75	54a	63	34a	70	75
	Desv. típ.	9,058	11,180	13,504	12,269	9,760	11,557	16,481	11,230	10,741

Sector		SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	
Sur	Asimetría	-,448	-1,021	-1,318	-1,212	-,470	-,837	-,624	-1,017	-2,192	
	Error típ. de asimetría	,512	,512	,512	,512	,512	,512	,512	,512	,512	
	Curtosis	-,890	,559	,712	1,307	-,446	,254	-1,300	,560	5,175	
	Error típ. de curtosis	,992	,992	,992	,992	,992	,992	,992	,992	,992	
	Rango	29	41	41	41	35	41	41	41	41	
	Percentiles	25	54,25	54,75	59,25	58,50	54,00	48,75	38,00	55,75	64,00
		75	70,00	70,00	75,00	75,00	70,00	66,00	73,75	70,00	75,00
Norte	Media	62,90	65,80	62,80	63,95	59,05	57,85	58,15	63,25	63,85	
	Mediana	61,50	70,00	65,00	63,00	59,00	58,00	60,50	68,50	67,00	
	Moda	60	70	75	75	57a	58	63a	70a	75	
	Desv. típ.	9,142	9,758	10,710	9,693	11,892	8,786	13,295	12,379	12,283	
	Asimetría	-,636	-1,313	-,551	-,461	-,628	-,704	-,570	-,912	-1,062	
	Error típ. de asimetría	,512	,512	,512	,512	,512	,512	,512	,512	,512	
	Curtosis	,148	1,230	-,906	-,574	-,532	2,127	-,373	-,626	,323	
	Error típ. de curtosis	,992	,992	,992	,992	,992	,992	,992	,992	,992	
	Rango	33	35	33	32	38	41	41	38	38	
	Percentiles	25	57,75	60,75	51,75	55,75	52,50	52,50	51,00	49,00	57,25
75		70,00	73,75	73,75	75,00	69,25	63,00	67,00	73,75	75,00	

Tabla 2
Estadísticos descriptivos del sector sur y norte (índices).

Sector		gsi	pst	psdi
Sur	media	66,10	57,05	65,55
	Mediana	70,00	55,00	70,00
	Moda	75	55a	75
	Desv. Típ.	11,885	9,035	12,288
	Asimetría	-1,459	,928	-1,347
	Error típ. De asimetría	,512	,512	,512
	Curtosis	1,208	,618	,675
	Error típ. De curtosis	,992	,992	,992
	Rango	38	32	38

Sector			gsi	pst	psdi
Sur	Percentiles	25	63,00	53,25	59,25
		75	75,00	59,50	75,00
	media		66,70	55,65	67,00
	Mediana		70,00	56,00	72,50
	Moda		75	67a	75
	Desv. Típ.		9,685	10,409	9,336
	Asimetría		-,987	-,415	-,707
Norte	Error típ. De asimetría		,512	,512	,512
	Curtosis		,231	,061	-,717
	Error típ. De curtosis		,992	,992	,992
	Rango		32	41	29
	Percentiles	25	60,75	51,50	58,50
		75	75,00	63,00	75,00

En general, no se encontraron diferencias estadísticamente representativas ($p \geq 0.05$) entre la sintomatología psicológica presente en los sectores norte y sur del establecimiento carcelario. Sin embargo, existe alguna diferencia entre las medias obtenidas en las dimensiones e índices de cada sector (Tabla 3).

Tabla 3
Estadísticos de grupo (sectores).

Sector	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Sig. (bilateral)	
SOM	sur	20	62,95	9,058	2,025	,986
	Norte	20	62,90	9,142	2,044	
OBS	sur	20	62,40	11,180	2,500	,312
	Norte	20	65,80	9,758	2,182	
S.I.	sur	20	63,85	13,504	3,019	,787
	Norte	20	62,80	10,710	2,395	
DEP	sur	20	62,70	12,269	2,744	,723
	Norte	20	63,95	9,693	2,167	
ANS	sur	20	61,10	9,760	2,182	,555
	Norte	20	59,05	11,892	2,659	
HOS	sur	20	58,25	11,557	2,584	,903
	Norte	20	57,85	8,786	1,965	

Sector	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Sig. (bilateral)	
FOB	sur	20	58,65	16,481	3,685	,916
	Norte	20	58,15	13,295	2,973	
PAR	sur	20	62,30	11,230	2,511	,801
	Norte	20	63,25	12,379	2,768	
PSIC	sur	20	69,00	10,741	2,402	,166
	Norte	20	63,85	12,283	2,747	
GSI	sur	20	66,10	11,885	2,658	,862
	Norte	20	66,70	9,685	2,166	
PST	sur	20	57,05	9,035	2,020	,652
	Norte	20	55,65	10,409	2,327	
PSDI	sur	20	65,55	12,288	2,748	,677
	Norte	20	67,00	9,336	2,088	

Nota. SOM (Somatización), OBS (Obsesión-Compulsión), S.I (Sensibilidad Interpersonal), DEP (Depresión), ANS (Ansiedad), HOS (Hostilidad), FOB (Ansiedad Fóbica), PAR (Ideación Paranoide), PSIC (Psicoticismo), GSI (Índice de Severidad Global), PST (Total de Síntomas Positivos), PSDI (Índice de Malestar Sintomático Positivo). Fuente: elaboración propia.

Para finalizar, Derogatis (2002) afirma que tanto el PST, como el PSDI son relevantes en la identificación del estilo de respuesta “reductor” o “aumentador”. Con base en el total de síntomas positivos (PST), se señala que a los protocolos de participantes del género masculino con puntuaciones positivas (>0), iguales o menores a 3 y superiores a 50, se les debe poner especial atención pues dichas puntuaciones reflejan la tendencia a exagerar u omitir síntomas.

Con respecto a la muestra poblacional de cada sector, se halló que un 60% de los internos del sector sur y un 55% de los del sector norte presentan un número, entre el rango de 51 a 90, de respuestas positivas (>50) (Tabla 4).

Tabla 4

Número de respuestas positivas por sectores.

Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sur Válidos	De 4 a 50	8	40,0	40,0	40,0
	De 51 a 90	12	60,0	60,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	
Norte Válidos	De 4 a 50	9	45,0	45,0	45,0
	De 51 a 90	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Discusión

En el presente estudio, se realizó un análisis estadístico descriptivo de la sintomatología psicológica presente en la población reclusa del establecimiento carcelario de Bogotá, así como una comparación de la sintomatología presente en cada sector (norte y sur) del establecimiento. Se encontró, en la población general, una mayor prevalencia de síntomas relacionados con la dimensión de psicoticismo, la cual se relaciona principalmente con sentimientos de alienación social y de soledad, presencia de alucinaciones y control del pensamiento.

Por otra parte, y con relación a la sintomatología psicológica incluida en el cuestionario administrado, la población reclusa presenta niveles elevados de malestar en las demás dimensiones, lo que refleja un alto riesgo de trastornos psicológicos.

Entre sectores, no se encontraron diferencias estadísticamente representativas en la sintomatología psicológica, considerando como significativos los valores $P \leq 0,05$. No obstante, se observó un alto nivel de distrés psicológico o malestar global en los participantes, lo que de una u otra forma puede ser indicador de problemas a nivel de salud mental (Oramas, Santana, y Vergara, 2006). Por otra parte, se halló un mayor nivel de malestar psicológico en los reclusos del sector norte, aspecto que puede deberse a que esta parte de la población reclusa está enfrentando el ingreso al establecimiento carcelario por primera vez o, en otras palabras, esta es la primera situación de encarcelamiento que experimentan. En este mismo sector, se evidenciaron síntomas considerables relacionados con la dimensión de obsesiones-compulsiones (pensamientos e impulsos percibidos como imposibles de evadir), depresión, psicoticismo e ideación paranoide (miedo a la pérdida de autonomía, ideación delirante, pensamiento proyectivo, grandiosidad, desconfianza, entre otros). En el sector sur, se presentó un nivel alto de síntomas relacionados con las dimensiones de sensibilidad interpersonal (sentimientos de inferioridad), depresión (bajo estado de ánimo, desesperanza, falta de energía y de motivación, etc.) y psicoticismo.

Con respecto al posible estilo de respuesta reductor o aumentador de la población reclusa participante; es decir, la omisión o exageración de síntomas, se evidenció una tendencia alta a exagerar la sintomatología psicológica. No obstante, se encontró un mayor nivel del estilo aumentador en la población del sector sur, en comparación con la del sector norte. En general, más de la mitad de la muestra poblacional (40) presenta una tendencia aumentadora, aspecto que podría afectar o distorsionar de una u otra forma las puntuaciones del cuestionario.

Es posible que el estilo aumentador o de simulación de síntomas, evaluado mediante los índices PST (total de respuestas positivas) y PSDI (índice de severidad de síntomas presentes), se deba a factores, motivos u objetivos ulteriores de los internos recluidos en el establecimiento. Se recomienda el aumento en la muestra poblacional (muestreo probabilístico) para dar una mayor fiabilidad a los datos, así como la aplicación de pruebas que cuenten con escalas de validez y de protocolos o instrumentos de simulación de síntomas; por último, también es recomendable que, a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, se desarrollen más investigaciones en torno a los posibles motivos u objetivos que pueden llevar al interno a exagerar los síntomas.

Los resultados obtenidos (sintomatología psicológica) en este estudio constituyen un aporte para entender el funcionamiento psicológico del recluso a partir de las condiciones de prisionalización y estancia en prisión. Lo anterior, debido a que existen diversos factores del internamiento y el aislamiento social que pueden influir de manera directa en dicho funcionamiento y; por lo tanto, deben ser investigados, para así lograr un mejor diseño de los programas incluidos dentro del proceso de tratamiento penitenciario. Es importante mencionar que el presente estudio, realizado a partir del análisis de la población carcelaria de los dos pabellones (sur y norte), permite evidenciar que no existe ningún tipo de diferencia en la sintomatología significativa. Esto indica que la adaptación de los reclusos al proceso de prisionalización es similar, independiente del pabellón o sector en el que se encuentren. Sin embargo, los reclusos del sector norte presentan un mayor nivel de malestar psicológico; esto lleva a establecer como hipótesis principal que el primer ingreso al establecimiento carcelario o la experimentación por primera vez de situaciones estresantes involucradas en el proceso de prisionalización, traen consigo diversas modificaciones en el repertorio conductual del sujeto. En cambio, el sector sur está conformado principalmente por reclusos reincidentes; por consiguiente, estos individuos han logrado, de una u otra forma, una mayor adaptación al establecimiento y al régimen carcelario.

También, este estudio, y en especial los resultados obtenidos, suponen un aporte en lo referente al abordaje de diversos cuestionamientos que se generan con respecto a la política criminal colombiana y su relación con el sujeto interno en los establecimientos de reclusión de orden nacional. Algunos de esos cuestionamientos se mencionarán a continuación.

Con respecto a la política criminal colombiana, esta es una de las políticas que tienen como método preferencial el uso de las prisiones para la disminución de la criminalidad. Sin embargo, este método puede ser, en la mayoría de ocasiones, insuficiente. Es claro que la criminalidad como fenómeno debe ser objeto de una mayor intervención, para así lograr una mayor eficacia en su disminución y evitar resultados contrarios a los esperados (aumento de la criminalidad, o efectos negativos en la salud física y mental del recluso).

Con base en la política criminal actual, el método de preferencia anteriormente mencionado y los resultados obtenidos en esta investigación como posibles consecuencias del proceso de prisionalización y sus diversas

características, abordar cuestionamientos como los siguientes resulta fundamental para intervenir el fenómeno de la criminalidad, sin dejar de lado el bienestar psicológico del sujeto: ¿Se logrará dar cumplimiento a los diversos mandatos registrados por la ley, como el derecho a la intimidad personal y familiar, y el derecho a la vida? (Corte Constitucional Colombiana, 1991); ¿Se cumplirán estos derechos en los internos de los establecimientos de reclusión? ¿Se pondrá una mayor atención a los derechos en los establecimientos carcelarios? O; por el contrario, ¿Serán violados masivamente, junto con derechos relacionados con la dignidad humana, la salud el hacinamiento y la falta de salubridad? (Congreso de la Republica, 1993; Corte constitucional, 1998; Corte constitucional, 2013); ¿Se desconocerá la dignidad humana? (Corte constitucional, 2013); ¿Será vulnerado el principio de presunción de inocencia? ¿Es el sistema penitenciario y carcelario compatible y acorde a un estado social y democrático de derecho? (Corte constitucional, 2013); ¿Se lograrán a cabalidad las funciones de la pena, como la inserción social y la protección al recluso? (Congreso de la República, 1993), ¿Se podrán evidenciar totalmente las funciones de la pena, como la protección, la prevención y la resocialización?, ¿Será la sintomatología psicológica presente en los reclusos una consecuencia del hacinamiento, la falta de salubridad, intimidad y protección?

Referencias

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Arita, B. Y. (2005). La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 73-79.
- Armour, C. (2012). Mental health in prison: A trauma perspective on importation and deprivation. *International Journal of Criminology and Sociological Theory*, 5 (2), 886-894.
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A. & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 103-109.
- Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrel, M., Jenkins, R., ... Lewis, G. (2005). Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 774-780.

- Crespi, M. C., y Mikulic, I. M. (2004). Calidad de vida percibida: estudio de los factores de riesgo y protección en sujetos privados de libertad. *XI Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley N° 65*. Bogotá: Congreso de la República
- Congreso de la República de Colombia. (2014). *Ley N° 1709*. Bogotá: Congreso de la República
- Corte Constitucional Colombiana. (1991). *Constitución política de Colombia*. Bogotá: Legis.
- Corte Constitucional Colombiana. (1998). *Sentencia T-153*. M.P. Bogotá: Cortes Constitucional.
- Corte Constitucional Colombiana. (2013). *Sentencia T-388*. Bogotá: Cortes Constitucional.
- Corte Constitucional Colombiana. (2005). *Código penal*, Bogotá, Colombia: Temis.
- Cuadra, H., y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 83-96.
- Derogatis, L. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.
- Dudeck, M., drenkhahn, K., Spitzer, C., Barnow, S., Kopp, D., Kuwert, P., Freyberger, H., & Dünkler, F. (2011). Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. *Punishment and society*, 13 (4), 403-423.
- Dye, M. H. (2010). Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*, 38, 796-806.
- Echeverri, J. (2010). La Prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Revista Pensando Psicología*, 6 (11), 157-166.
- Farrel, M., Boys, A., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewin, G., Meltzer, H., Marsden, J., Singleton, N., & Taylor, C. (2002). Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. *British Journal of Psychiatry*, 101, 393-398.
- Gómez, V., Villegas de Posada, C., Barrera, F., y Cruz, J.E. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 311-325.
- Haney, C. (2003). Mental health issues in long-term solitary and “supermax” confinement. *Crime and Delinquency*, 49 (1), 124-156.
- Herrera, M., Expósito, F. (2010). Una vida entre las rejas: aspectos psicosociales de la encarcelación y diferencias de género. *Intervención Psicosocial*, 10 (3), 235-241.
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. (2014). *Informe estadístico agosto 2014*. Bogotá, Colombia: Oficina asesora de planeación, grupo estadístico.
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. (2015). *Informe estadístico diciembre 2014*. Bogotá, Colombia: Oficina asesora de planeación, grupo estadístico.
- Medina, O., Cardona, D. V. y Arcila, S. C. (2011). Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina*, 13 (23), 13-122.
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución N° 008430. *Por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Colombia: Ministerio de Salud.
- Mójica, C.A., Sáenz, D.A. y Rey-Anaconda, C, A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (4), 681-692.
- Oramas, A., Santana, S., y Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.
- Paulus, P. B., & Dzindolet, M. T. (1993). Reactions of male and female inmates to prison confinement: further evidence for a two-component model. *Criminal Justice and Behavior*, 20 (2), 149-166.
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. (2005). Resolución 106: Reglamento de Régimen Interno del Establecimiento Carcelario la Modelo de Bogotá. Bogotá. INPEC.
- Rubio, L. A., Cardona-Duque, D. V., Medina-Pérez, O. A., Garzón-Olivera, L. F., Garzón-Borray, H, A., y Rodríguez-Hernández, N. S. (2014). Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62 (1), 33-39.
- Ruiz, J. I. (1999). Estrés en prisión y factores psicosociales. *Revista Colombiana de psicología*, 8, 120-130.

- Ruiz, J. I. (2006). Clima emocional y sobreocupación en prisión: una evaluación mediante informantes clave. *Suma Psicológica, 13* (2), 159-172.
- Ruiz, J. I. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39* (3), 547-561.
- Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M. L., Morales, S., Sánchez, V., y Páez, D. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista colombiana de Psicología, 11*, 99-114.
- Sánchez, R., y Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del inventario de síntomas revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica, 8*(3), 265-274.
- Soria, M. (2005). *Manual de psicología jurídica e investigación criminal*. España: Ediciones Pirámide.

