



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

EFECTOS DE LA ESTANCIA EN PRISIÓN

**Revisión de las principales consecuencias que conlleva el paso por
prisión en los internos.**

Autora: Marta Rodríguez López
Director: Javier Hugo Martín Holgado

Madrid
Marzo 2019

Marta
Rodríguez
López

EFFECTOS DE LA ESTANCIA EN PRISIÓN



RESUMEN

La prisión es la institución destinada a encerrar a las personas que cometen un acto delictivo. Tiene una doble finalidad: la reeducación y la reinserción social, y la prevención de comisión de nuevos delitos para proteger, así, a la propia comunidad. El hecho de ingresar en prisión introduce a la persona en un proceso de asimilación de la subcultura propia de la prisión que se conoce con el nombre de *prisonalización*. Se trata de una institución reglada basada en normas rígidas y un ambiente hostil que provoca varios efectos en las personas que pasan un tiempo en ella. Los efectos dependen de una serie características previas de la persona, el contexto en el cual se desarrolló, posibles problemas de salud mental, historial de consumo, entre otras, y crean más o menos vulnerabilidad en cuanto a sufrir una mayor o menor victimización. Éstos serán, mayoritariamente, de tipo físico, psicológico y social. Se describirán detalladamente estas consecuencias que provoca el paso por prisión para ahondar en aquellas dificultades que marcarán el resto del ciclo vital de la persona y causarán en ella un gran sufrimiento. El trabajo de los funcionarios que se encuentran en contacto directo con los internos también es de suma importancia para su estancia en cárcel. El sistema penitenciario es ya suficientemente violento y conviene trabajar para que sean efectivas las medidas de tratamiento, reeducación y reinserción social de los internos, para lo cual se ofrecen una serie de sugerencias de cambio.

Palabras clave: prisión, prisonalización, efectos, efectos psicológicos, efectos sociales.

ABSTRACT

Prison is the institution intended to imprison people who commit a criminal act. It has a dual purpose: re-education and social reintegration, and prevention new crimes to protect the society. The fact of entering prison introduces people in a process of assimilation of the subculture proper to the prison that is known as *prisonalization*. It is a regulated institution based on rigid rules and hostile environment which causes different effects. These effects depend on a series of previous characteristics of people, the context in which it develops themselves, possible mental health problems, drugs abuse, among others, that create more or less vulnerability in terms of suffering more or less victimization, as well as the different effects. These will be mostly physical, psychological and social. This consequences will be described in more detail to delve into those difficulties will mark the rest of a person's life cycle and cause great suffering. The work of the officials who are in direct contact with inmates is also one of the most important influences for their stay in jail. The penitentiary system is already very violent and it is convenient to work so that the measures of treatment, re-education and social reintegration of inmates are effective, for which a series of suggestions for change are offered here.

Key words: prison, prisonalization, effects, psychological effects, social effects.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. LA CÁRCEL COMO INSTITUCIÓN.....	7
2.1. Documentos legales referidos a la prisión	7
2.2. La realidad de la prisión	8
3. CARACTERÍSTICAS PREVIAS DEL CONDENADO.....	11
4. EFECTOS DE LA ESTANCIA EN PRISIÓN.....	14
4.1. Físicos	15
4.2. Psicológicos	17
4.2.1. Trastornos del estado de ánimo	17
4.2.2. Trastornos de personalidad	19
4.2.3. Abuso de sustancias	20
4.2.4. Suicidio y conductas autolesivas	22
4.3. Sociales	23
5. INFLUENCIA DEL PERSONAL DE PRISIÓN	26
6. CONCLUSIONES: FORMAS DE CAMBIAR ESTA REALIDAD	28
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1. INTRODUCCIÓN

El ser humano es considerado un animal social y, por ello, se organizan en grupos sociales. Se necesita la interacción con otros para el desarrollo personal, la socialización y la supervivencia. Las diferencias individuales son muchas y tendrán aquí una gran importancia en relación a la vivencia de cada persona en el mismo contexto. Existe el concepto de cultura como el elemento común del que participan las personas que viven en un determinado lugar, quedando asentadas las bases de una realidad compartida.

Se podría pensar entonces: si todas las personas siguen unas mismas normas sociales y morales por pertenecer a la misma cultura, ¿por qué existen personas que se desvían de ellas y que, incluso, actúan de forma contraria a lo establecido? ¿Qué ocurre con estas personas? Cuando alguien difiere de los valores y/o creencias comunes, no comparte la misma realidad que el resto y, por tanto, se considera una ruptura con lo socialmente compartido. El comportamiento desviado será considerado contrario a la legislación vigente que regula las normas sociales y la persona pasará a ser considerada como delincuente.

Durante mucho tiempo se ha pretendido identificar las causas que crean a un delincuente. Se conoce la importancia de, al menos, cuatro factores que, en interacción, podrían provocar la desviación social de la conducta: el **temperamento** y las **experiencias** vividas, que van creando un **estilo de personalidad** y una forma de **relación** consigo mismo, con el mundo y otras personas. Se incluye aquí el proceso de socialización del niño, la adaptación al medio y el compromiso o no con la norma.

La delincuencia es un problema social que afecta al correcto desarrollo de la comunidad y provoca sentimientos de miedo e incertidumbre en ella. Cuando una persona comete un acto contrario a la ley, deberá ser penado por el mismo. La forma habitual de castigo creada por la sociedad moderna es la **prisión**, siendo ésta una institución pública que forma parte del Sistema de Justicia del Estado y que se encarga de recibir a todas aquellas personas condenadas o imputadas por un delito recogido, previamente al hecho, en el Código Penal. Según Coyle (2005) es el establecimiento para castigar a los delincuentes, proteger a la sociedad de nuevos actos criminales, conseguir una sociedad justa y pacífica, o bien, evitar el contagio de la delincuencia. En prisión se encuentran, entonces, aquellas personas que han cometido un delito tipificado

en el Código Penal o han dejado de cumplir con una sanción administrativa impuesta sobre ellos.

La cárcel es un lugar duro y violento que provoca efectos negativos, tanto físicos, psicológicos y sociales. Novo, Pereira, Vázquez y Amado (2017) mencionan a Clemmer (1950) como el primero en acuñar el término *prisonalización*, definido por Escaff, Estévez, Feliú y Torrealba (2013) como la repercusión que tienen las subculturas carcelarias en los sujetos.

El objetivo de este trabajo es conocer el impacto que produce la estancia en prisión en las personas, así como explorar los diferentes efectos físicos, psicológicos y sociales más llamativos. Para ello, se recabará información acerca de la forma de vida y el funcionamiento de las instituciones penitenciarias y la influencia de ello en los que allí residen.

2. LA CÁRCEL COMO INSTITUCIÓN

2.1. Documentos legales referidos a la prisión

En la Constitución Española (CE), se recogen los derechos y libertades fundamentales de todas las personas por el hecho de serlo, donde se incluye el derecho a la libertad. Cuando una persona es penada por un delito y entra en prisión, cumple una pena privativa de libertad. En cierto modo, significa la pérdida de el derecho fundamental a la libertad por haber atentado contra las normas establecidas y reflejadas en el en el Código Penal (CP).

La legislación impone la forma en que una persona puede ser privada del derecho a la libertad y, además, menciona la necesidad de encontrarse el acto, que la persona juzgada se supone ha llevado a cabo, tipificado como delito. El artículo 25.1 CE y el artículo 1 de la LO 10/1995, de 23 de noviembre sobre la regulación del CP, dictan la necesidad de una regulación previa al acto para poder ser considerado un delito. En este sentido, se hace imprescindible legislar también sobre la institución donde residirán forzosamente aquellas personas privadas de su libertad.

Como institución pública, los centros penitenciarios cuentan con una normativa penitenciaria que los regula. Según el Ministerio del Interior, las normas clave del sistema penitenciario son la Constitución Española (artículo 25.2), la Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria, el Reglamento Penitenciario aprobado por Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero y sus modificaciones posteriores y

el Real Decreto 840/2011 que regula la ejecución de las penas alternativas de trabajos en beneficio de la comunidad y la estancia permanente en un centro penitenciario.

En la CE refiere en su artículo 25.2. los objetivos principales de reeducación y reinserción, los cuales se encuentran también en el artículo 1 de la LO 1/1979 de las instituciones penitenciarias:

*Las Instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la **reeducación y la reinserción** social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados.*

2.2. La realidad de la prisión

El objetivo previsto en los documentos legales no es otro que el trabajo de los profesionales en un ambiente de cercanía y compromiso con los internos para conseguir la reeducación y reinserción social de éstos. Autores como Valverde (1997), en cambio, describen la prisión como un lugar de castigo (Valverde, 1997, p.70). Se podría decir que la teoría es contraria a la práctica: la prisión no es un lugar de aprendizaje y crecimiento personal, no es un lugar en el que poder reflexionar y replantearse el estilo de vida anterior, sino un lugar en el que estar sometido a una institución castigadora. La función principal de la cárcel como institución es entonces la **seguridad**.

El ecosistema físico de la prisión debe estar construido como una fortaleza de la que no se pueda escapar. Una cárcel está organizada en módulos y, dentro de ellos, se encuentran los espacios comunes y los pasillos de celdas. En general, la construcción de las prisiones suele ser de mala calidad; lo cual no se refiere a los materiales, sino a la apariencia final. Los módulos se convierten en la vivienda de los internos. Se ven obligados a convivir con otras personas a las que no conocen las veinticuatro horas del día. El hacinamiento, o sea, la sobrepoblación en las cárceles, reduce aun más el espacio personal ya que el contacto con otros es inevitable. La celda es el lugar que más se asemeja a una estancia privada, sin serlo. Este espacio también debe ser compartido, lo cual reduce aún más la intimidad de los presos y aumenta la despersonalización (Altamirano, 2013). Se produce tanto hacinamiento físico como psicológico (Valverde, 1997). Actualmente, la sobrepoblación en las cárceles españolas es menor por la disminución de la densidad de población penitenciaria. Aún así, el número elevado de internos sigue ocasionando el desgaste físico y psicológico (I. Heredero, comunicación personal, 5 de febrero de 2019).

Se trata de un espacio despersonalizador, según Ríos (2013) y Zubiría (2015). Los colores son escasos, no hay decoración ninguna, las puertas de barrotes imponen enormemente y, por si fuera poco, se acompañan de candados enormes que, lejos de hacer esas puertas más seguras, sirven más para intimidar, dominar y ejercer el control sobre los presos.

La mala calidad y el escaso cuidado que los internos tienen con los espacios, siendo el lugar en el que suelen expresar su agresividad y que no reconocen como suyo, se unen con el hacinamiento y provocan problemas higiénicos en las cárceles. Valverde (1997) hablaba tanto de la falta de higiene en el espacio como en los internos. Ríos (2013) mencionaba también la escasa higiene en las celdas. Heredero, uno de los educadores sociales del centro penitenciario de Soto del Real, declaró que la higiene en prisión ha cambiado enormemente desde los tiempos de Valverde (1997). Ríos (2013) reconoce que el problema del mal estado de las instalaciones, se debe al mal uso de los internos.

Asimismo, describir el día a día de un interno en prisión no es complicado. ¿En qué invierten el tiempo? Los espacios destinados a actividades de ocio en los módulos son escasos y queda restringida su movilidad para que sea más sencilla la vigilancia y el control.

Los internos utilizan la sala común para comer, relacionarse con otros, jugar a las cartas o simplemente dejar pasar las horas. Ríos y Cabrera (2002) recordaban el artículo 24 LOGP que obliga a permitir que los presos ocupen su tiempo en diferentes actividades, pero es el artículo 10.3 LOGP el que define la realidad y establece que el “régimen de estos centros se caracterizará por una limitación de las actividades en común de los internos”.

El patio es otro de los lugares comunes en el que los presos pasan el tiempo. Se trata de un cuadrado, construido de hormigón, con muros muy altos coronados por alambre de espino. La utilización del tiempo queda relativamente vacía y las posibilidades son siempre las mismas, por ello, Ríos y Cabrera (2002) se refieren a la alteración de la noción del tiempo.

A la vista de estas características arquitectónicas, se entiende la necesidad de los internos de adecuar la conducta al nuevo contexto que les rodea. La adaptación al medio hostil en prisión es complicada, ya que las características previas de la persona pueden no encajar con los valores del nuevo entorno y, además, existe el agravante de la falta de privacidad, la falta de libertad y la gran regulación y dureza normativa (Sánchez y

Coll, 2016). Ruíz (2017) menciona la insalubridad, la desinformación, la ausencia o ruptura de vínculos, la falta de capacitación del profesional y la propia cultura carcelaria, como factores de riesgo para la adaptación y la salud mental de los internos. Por ello, el preso puede adoptar una postura de enfrentamiento y sublevación ante la institución, o sumisión a la misma para evitar más problemas (Valverde, 1997).

Escaff et al. (2013) hablan de la *prisonalización* como un proceso en el que una persona, privada de libertad, adquiere, de forma no consciente, códigos, normas sociales y formas de comportarse para poder convivir en la cárcel. Se debe mencionar que, la forma de construcción y forma de vida en la prisión crea por sí misma una subcultura propia del contexto carcelario. Crewe (2005, citado en Novo et al., 2017), se refiere a un sistema compartido de creencias. Uno de los aspectos más importantes de la prisionalización, es el clima de **violencia** que no solo se da entre los internos, sino que también es ejercida por la institución. La violencia se genera por la forma de funcionamiento de las instituciones penitenciarias (Ruíz, 2017), y es ejercida de forma continua y permanente.

Una persona que haya conseguido adaptarse en prisión correctamente, ha podido crear relaciones de conveniencia que le pueden situar en una posición de poder frente a otros. Novo et al. (2017) citan a Caldwell (1956), quien apoyaba la idea de la existencia de una escala social dentro de la prisión. Los internos con un estatus superior suelen ejercer violencia sobre los internos que pasan más desapercibidos. Estos grupos eran antes, según Valverde (1997), muy respetados y controlan el conjunto de normas de conducta que los reclusos deben adoptar en su proceso de adaptación. El grupo privilegiado dominaba a los demás y afianzaba la cultura carcelaria propia de ese módulo y que será distinta a los demás. Hoy en día las relaciones de poder entre los presos han cambiado gracias a la progresiva desaparición de bandas criminales organizadas, las cuales se dedicaban mayoritariamente al monopolio de la heroína. Además, debido al aumento de la frecuencia de las visitas vis a vis, se han reducido las agresiones sexuales entre los internos, lo cual estabiliza las relaciones entre ellos (I. Heredero, comunicación personal, 5 de febrero de 2019).

Por último, Sánchez y Coll (2016) resumen como frecuentes en las instituciones penitenciarias, la presencia de enfermedades infecciosas, la alta prevalencia de problemas de salud mental, el abuso de drogas o otras sustancias, los problemas en el acceso a la sanidad, la dificultad de acceso y desconocimiento de los aspectos y procedimientos legales, el hacinamiento, la cohabitación en las celdas con

desconocidos, la monotonía de las actividades rutinarias y la rigidez de horarios, entre otros, son causantes del aislamiento emocional y disgregación de la identidad. Debido a estas condiciones, la prisión provoca alteraciones en la salud de una persona. Bebbington et al. (2017) destacan el desarrollo de psicosis, trastornos de personalidad, abuso de drogas y alcohol, que, además, aumentan el estrés cotidiano de los internos. Un estudio realizado en Colombia por Ruiz (1999) nos mostraba que los internos que se sienten enfermos sufren mayores cifras de estrés y malestar psicológico. Casado-Quintana y Moreno (2015) también encuentran relación entre la enfermedad psicopatológica y el estrés en prisión. Altamirano (2013) habla del estrés como la respuesta de la persona ante el hacinamiento, la enfermedad, la heterogeneidad de la población penitenciaria y las restricciones de seguridad.

La prisión crea por sí misma exclusión social. El mundo avanza y las personas quedan estancadas entre cuatro paredes. Cuando vuelven a tener contacto con la sociedad, se ven envueltos en una situación de marginalidad y rechazo.

3. CARACTERÍSTICAS PREVIAS DEL CONDENADO

Cabe resaltar que no solo la prisión es la causante de los efectos negativos en los internos. Las personas que ingresan cuentan con unas características de vida y de personalidad que significan cierta vulnerabilidad, o no, en este entorno. Muchos presos entran en una situación complicada. La historia de vida de los internos suele conllevar dificultades en muchos ámbitos, como la familia, la educación/escolaridad, la formación para el empleo, la vida laboral o las relaciones interpersonales. Además, hay personas que ya han sido previamente diagnosticadas de un problema de salud mental o han tenido un historial grave de adicciones. También, ingresan personas sanas que por su estancia en prisión adquieren déficits, enfermedades y desarrollan incluso, problemas mentales. El perfil más común en los nuevos ingresos son las adicciones no superadas, la ausencia de actividad laboral, la falta de vínculos familiares, okupas y residentes en alberges municipales (I. Heredero, conversación personal, 5 de febrero de 2019).

En el estudio de Amour (2012), realizado con una muestra de Inglaterra y Gales, se mencionan algunas circunstancias que actúan como factores de riesgo y multiplican los efectos provocados por la institución. Se obtuvo que el 52% de los internos tenían una escasa **cualificación**. Se refiere aquí con cualificación tanto a la educación recibida en la escuela como la posterior cualificación laboral. En otro estudio realizado en España por Solbes (2018), se encontraron los siguiente resultados: el 9% de su muestra

declara ser analfabeto, un 67% no tiene el título de la Educación Secundaria Obligatoria, el 5% tenía cualificación en Formación Profesional y sólo el 2% tenían estudios de bachillerato. Para la segunda definición del término que refería Amour (2012), Solbes (2018) también obtuvo resultados en cuanto a la profesión de los internos. El 37,9% se dedicaba a la construcción (albañilería y pintura), el 18,9% eran vendedores ambulantes, el 12,1% se dedicaba a la hostelería, el 8,3% eran pescadores y el 18,9% de la muestra declaró no haber trabajado nunca. En general, se trata de una escasa cualificación profesional y/o cualificación básica.

Amour (2012) obtuvo que un 32% de los internos eran personas sin hogar. En España, si se relaciona el **sinhogarismo** de larga duración, con problemas de salud mental graves y la politoxicomanía, en comorbilidad, se convierten en el factor de riesgo más importante para la conducta delictiva (García et al., 2018).

En el aspecto psicológico, el Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario realizado en 2007 por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de España, muestra los resultados sobre los **antecedentes psicológicos** al ingreso en prisión. El 17,6% de los internos aseguraban haber tenido previamente algún diagnóstico psiquiátrico, y el 3,2% de ellos, había estado internado en un hospital psiquiátrico. Así, se observó que el 2,6% padecían un trastorno psicótico, el 6,9% un trastorno afectivo, el 6,9% un trastorno de la personalidad y el 3% corresponde a otros diagnósticos. Junto al abuso de drogas, encontraron patología dual en un 9,6%. El mayor porcentaje (44,2%) se corresponde con el consumo y la dependencia a diferentes drogas únicamente.

Los problema psicológicos también incluyen las conductas autolíticas o intentos de **suicidio** previos a la entrada en prisión. En el Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario de 2007, se halló que al menos un 3% de los internos había realizado algún acto autolesivo anterior a su ingreso.

En cuanto al consumo de **droga** anterior al ingreso en prisión, Amour (2012) concluye que está presente en un 55% de hombres y un 60% de mujeres. Según Zabala et al. (2016), tanto las mujeres como los hombres empiezan un proceso de consumo de alcohol, aunque leve, al menos un año antes de entrar en prisión en un 52% de los casos. En el estudio de Solbes (2018), el historial previo de abuso de sustancias también es considerado un factor de riesgo para la delincuencia. Los datos por Solbes (2018) aportan cifras mayores que el estudio de Amour (2012), concluyendo que el 88,8%

consumía drogas antes del ingreso destacando el alcohol, el hachís, la cocaína, la heroína y las pastillas.

Otro aspecto importante son las **relaciones familiares**. Los resultados obtenidos por Solbes (2018) muestran que la mayoría de los internos no tienen pareja (62,1%). En este sentido, se recogieron datos sobre la valoración subjetiva de los internos en cuanto al apoyo recibido. El apoyo familiar durante la estancia en prisión favorece las actitudes positivas en cuanto a la reeducación y, en concreto, en esta muestra el 90,8% de los internos afirmaron tener buen apoyo familiar. Además, se obtuvieron datos de gran interés sobre la familia de los presos y su relación con la prisión para determinar el contacto previo con la cultura carcelaria. Fue un 43,7% de ellos quienes reconocieron haber tenido familiares en prisión, frente a un 56,3% que no tenían antecedentes familiares en este ámbito.

Es común que los internos hayan pasado por **situaciones traumáticas durante su infancia**. El 47% en el estudio de Amour (2012) se fugó de sus hogares cuando era menor, borrando así de su vida a sus padres biológicos. Se entiende que esto favorecería la relación con grupos sociales marginales o excluidos, en primer lugar en la escuela, donde la mayoría también refieren no haber estado completamente adaptados. Por último, son comunes también los historiales de hechos traumáticos de contenido sexual en la infancia (Durcan, 2008; citado en Amour, 2012). La exposición a distintas formas de abuso sexual empobrece la salud mental y deriva en personalidades reactivas o, al contrario, sumisas, que crean igualmente gran vulnerabilidad en entornos carcelarios. En concreto, las mujeres presas refieren haber sufrido este tipo de abusos más que los hombres. En la muestra de Amour (2012), el 9% había sufrido abuso infantil, de las cuales un 41% sufrió penetración por parte de su agresor. También, la violencia psíquica (70%) y la violencia doméstica (75%) forman parte de los antecedentes comunes en la población femenina.

Para las mujeres, la prisión significa otro motivo de discriminación más. Es decir, las mujeres son discriminadas ya por su condición de mujer y lo serán doblemente por su historial delictivo. Además, muchas de ellas son inmigrantes o de población gitana, lo cual significaría una triple discriminación. El colectivo femenino presentaba baja economía, exclusión social, bajo nivel educativo, desempleo de larga duración, desventajas sociales y económicas unidas a estas experiencias traumáticas de discriminación. (De Miguel, 2014)

4. EFECTOS DE LA ESTANCIA EN PRISIÓN

Ruiz (2007) habla de la prisión como un suceso traumático. Es lógico pensar, entonces, que el proceso de adaptación no es nada sencillo. Se ha comentado antes la dureza diaria que viven las personas inmersas en el mundo carcelario, y ahora conviene resaltar las consecuencias que derivan de ello.

Cajamarca, Triana y Jiménez (2015) mencionan alteraciones a nivel emocional, afectivo, cognitivo y perceptivo. Los efectos se dan por la mala adaptación al entorno, por un proceso de prisionalización difícil y conflictivo y, como refería Valverde (1997), por la construcción arquitectónica de las cárceles. Asimismo, influyen diferentes variables, como la edad, el nivel cultural y la trayectoria penal (Cajamarca, Triana y Jiménez, 2015). El contacto con el mundo de las drogas u otras sustancias es otro de los factores de riesgo importantes para el sufrimiento de estos efectos tan negativos. El abuso de sustancias provoca problemas psicológicos, desintegración de la personalidad y, de nuevo, ruptura familiar y social (Sánchez y Coll, 2016).

Varios autores han teorizado sobre los efectos directos de la prisionalización en los internos. Arroyo y Ortega (2009) constituyen la aparición de un comportamiento regresivo, inmaduro, ansioso, comportamiento agresivo y un deterioro afectivo (aparición de ansiedad). Herrera y Expósito (2010) añaden el incremento de un estilo de personalidad dependiente, la devaluación de la propia imagen y de la autoestima.

Se recoge también la idea de Escaff et al. (2012) sobre la relación de estos efectos con la **duración de la condena**. La persona presenta una mayor inestabilidad emocional, sus relaciones, lazos o vínculos estarán muy debilitados, sufren una pérdida del sentido de pertenencia a los grupos sociales primarios anteriores, pérdida del puesto de trabajo, entre otras circunstancias; lo cual influye en la dificultad para la reinserción social y aumenta el riesgo de reincidencia. Alós, Esteban, Jódar y Miguélez (2015) describen, por ejemplo, que las personas que han pasado más tiempo en prisión tienen un peor desempeño en el empleo fuera de prisión que las personas cuya condena ha sido de menor duración. El impacto emocional que significa permanecer encarcelado durante una larga temporada, altera completamente todos los aspectos de la vida de una persona. Si pensamos en los internos que han sido condenados a un período de tiempo relativamente corto y en las consecuencias que eso provoca en su vida a corto plazo, debemos multiplicar esos efectos hasta llegar a la soledad extrema o la desestructuración total de la vida para una persona que ha podido pasar la mayoría de su vida en la cárcel.

4.1. Físicos

Escaff et al. (2013) mencionan como muy comunes las **alteraciones somáticas**: visión, audición y olfato. La explicación es sencilla: el ambiente, el olor, la comida y su sabor peculiar, la oscuridad o el bullicio de gente constante, son elementos cotidianos en los módulos que provocan alteraciones en el funcionamiento físico de los órganos sensoriales.

En primer lugar, sobre los problemas **visuales**, Valverde (1997) hablaba de una deformación de la percepción visual, que afecta al cálculo de distancias, formas y colores. La arquitectura de la prisión, que limita mucho los espacios y reduce la vida del interno a espacios pequeños, cerrados, repetitivos, sin color o decoración y con iluminación artificial, provoca perturbaciones espaciales en la visión, que recibe el nombre de “ceguera de prisión” y depende de la duración de la condena (Martxoa, 2015). En segundo lugar, la **audición** se deteriora por la presencia de un ruido constante de gente hablando, mesas moviéndose y puertas abriéndose y cerrándose, un sonido constante al que los internos se habitúan. Martxoa (2015) se refiere a un rumor sordo más que a un contraste de ruidos claros, al que se añade el eco que provoca la arquitectura y hace que el sonido retumbe y afecte más al oído. En tercer lugar, cabe mencionar el **olor** tan característico de la cárcel. No se trata de un conjunto de perfumes o ambientadores de ningún tipo. Valverde (1997) afirmaba que se trata de un desinfectante que se utiliza diariamente para limpiar los módulos. Es la pobreza olfativa la que provoca la afectación del sentido del olfato (Martxoa, 2015).

El cuerpo se va debilitando por el encarcelamiento y va reduciendo su funcionalidad. Las posibilidades de remediar estos efectos son mínimas, ya que no existen recursos suficientes para hacer actividades de ocio o deportivas que ayuden al preso a escapar de la monotonía y desarrollar o mantener sus capacidades y habilidades (I. Heredero, conversación personal, 5 de febrero de 2019). Además, Escaff et al. (2013) apuntan a una alteración de **funciones vitales**. La ansiedad, las posibles vivencias traumáticas, los sentimientos negativos y la distorsión del sentido del sí mismo, provocan inquietud, nerviosismo y diversas alteraciones en el sueño, el apetito o el peso, por ejemplo.

En concreto, Valverde (1997) hablaba de las consecuencias del sedentarismo de los internos en los módulos, el cual provoca **tensión muscular** que deriva en agarrotamiento de los distintos grupos musculares. A la escasez de movilidad, se unen la ansiedad permanente y el miedo ante el peligro y el futuro como las causas del estado

de alerta constante en los presos, que provoca dolores de cabeza, de cuello y espalda por la tensión acumulada (Martxoa, 2015).

Martxoa (2015) recupera la idea de la despersonalización para introducir la presencia de la alteración de la **imagen personal**. La carencia total de intimidad, les lleva a perder la conciencia de los límites de su propio cuerpo. La falta de espacio y el hacinamiento provocan un contacto continuo con otros internos que afecta a la imagen corporal. Sánchez y Coll (2016) reconocen en la necesidad de cambio de las prisiones como instituciones con tanta dureza para los internos, ya que las experiencias vividas, las formas de relación o las estrategias para la adaptación o la supervivencia que incorporan los presos como propias, pueden llegar a usar su propio cuerpo como instrumento de protesta, ejerciendo sobre sí autolesiones o huelgas de hambre.

Además, las instalaciones para el cuidado personal suelen estar muy deterioradas y resulta costoso mantenerlas totalmente limpias por la gran cantidad de usuarios. Esto provoca graves problemas de salud en los internos y el desarrollo de enfermedades infecciosas como las que recogen Sánchez y Coll (2016): VIH, hepatitis B y C, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a las **enfermedades** comunes en prisión y que afectan al estado físico y de salud de los internos, Vera et al. (2014) mencionan las principales causas de mortalidad/enfermedades más comunes en las cárceles españolas a partir de un estudio realizado en el año 2011. Las enfermedades cardiovasculares constituyen un 19,5% de las muertes en prisión, las de origen digestivo un 10,7%, las enfermedades del sistema respiratorio obtienen un porcentaje del 7,4% y las tumorales con un 6,7%. Se describe el VIH como la enfermedad infecciosa con la que más se ha luchado en prisión en los últimos años. Valverde (1997) hablaba del SIDA como un problema ocasionado sobre todo por el consumo de drogas en prisión, pero en el que influyen varios factores, como las características precarias de vida previas del condenado (escasos hábitos de higiene, falta de asistencia sanitaria y drogadicción), el hacinamiento y la necesidad de compartir, la movilidad entre prisiones que aumenta los contagios y la falta de recursos (por ejemplo, de jeringuillas). Vera et al. (2014) mencionan la evolución de esta realidad en las prisiones, ya que las enfermedades infecciosas han pasado de ser la principal causa de mortalidad a significar sólo un 6% de las muertes en prisión. La salubridad y atención han mejorado cualitativamente aunque aun dejen mucho que desear (I. Heredero, conversación personal, 5 de febrero de 2019).

Un enfermo en la cárcel se encuentra con dificultades para su recuperación a causa de la escasa atención sanitaria, la alimentación y la falta de métodos de prevención efectivo de contagio de enfermedades. de contagios. Estos podrían ser los motivos del mantenimiento de la deteriorada calidad de vida de los internos.

4.2. Psicológicos

En el plano psicológico y emocional, el paso por prisión puede significar una experiencia traumática, dañar la psicología de la persona, provocar trastornos de ansiedad, empobrecer las habilidades sociales, provocar la pérdida de conciencia de derechos fundamentales básicos, minar la autoestima y propiciar el aprendizaje de la cultura de la violencia y la evitación, entre muchos otros efectos (Cajamarca, Triana y Jiménez, 2015). Otros autores, como Morales (2007), mencionan como factores de riesgo para problemas psicológicos: la frustración y sentimientos de culpa, la rebeldía o negativa a aceptar la autoridad, la falta de gratificación sexual y lúdica, el hacinamiento, el aislamiento, el consumo de sustancias tóxicas, el alto grado de ansiedad, la carencia de intimidad y el sentimiento de ser torturado.

En general, los efectos que se consideran generalizables son: la hipervigilancia, ansiedad, despersonalización, desconfianza, distanciamiento emocional, distanciamiento psicológico, disminución de la autoestima, pérdida de intimidad, síntomas de estrés post-traumático, dependencia de la prisión como institución y alteraciones en el plano sexual. Surge un cambio en la valoración del sí mismo por la falta de reconocimiento propio por las nuevas formas de relación con otros y con el sí mismo, y el significado de las mismas. Se produce una actitud de afrontamiento negativo ante el futuro y la pérdida del sentido de vida (Escaff et al., 2013; Ruíz, 2007; Haney, 2002, citado en Novo et al. , 2017).

4.2.1. Trastornos del estado de ánimo.

En el estudio estadístico de Bebbington et al. (2017), se extrajeron una serie de cifras utilizando muestra de múltiples prisiones de muchos países del mundo, para que resultara más fiable extrapolar estos datos a toda la población delincuente. En primer lugar, un 20% de los internos sufre depresión y un 30% de ellos sufre un trastorno de ansiedad, incluyendo ataques de pánico. Estas cifras resultan válidas tanto para hombres como para mujeres. Se observó mayor presencia de fobias en la población femenina y, en general, los estados depresivos predominan en mujeres presas.

Niño, Díaz y Ramírez (2017) concluyen, en su revisión de otros estudios, que al menos 1 de cada 25 personas encarceladas han sufrido en el último año alguna alteración del estado de ánimo, siendo lo más común el trastorno depresivo, el trastorno afectivo bipolar, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico. Estas autoras también mencionan el desarrollo de una fobia social como consecuencia a largo plazo de la estancia en prisión, derivada de la ansiedad anticipatoria que asumen los internos por la tensión constante con la que se vive en prisión.

En el plano emocional, Ruíz (2007) entiende que a mayor tiempo en prisión, más aumentan los niveles de sintomatología emocional. Las emociones más comunes a las que se refiere este autor son la ansiedad, el estrés y los síntomas depresivos. Escaff et al. (2013) mencionan el miedo como incertidumbre hacia el futuro, el miedo a volver a entrar en prisión, la alerta permanente, los pensamientos, recuerdos y sueños que le obligan a revivir la experiencia traumática, la evitación a distintas situaciones o personas; la rabia provocada por el aislamiento, el sentimiento de no ser escuchado, la imposibilidad de vivir de forma autónoma y libre, los problemas que conlleva defenderse ante otros; impotencia; tristeza y angustia, como las consecuencias observadas del desgaste emocional, afectividad plana, labilidad emocional, sentimiento de desamparo y la soledad, que conlleva una pérdida de esperanza total y abandono de esfuerzos y expectativas anteriores. Herrera (2000) concluyó de su estudio que la psicopatología observada mayoritariamente en prisión es la somatización, las obsesiones, los actos compulsivos, la insensibilidad, la depresión, la ansiedad, la hostilidad y la ideación y ansiedad paranoide.

En este sentido, Cajamarca, Triana y Jiménez (2015), dicen que existe una mayor dificultad para adaptarse al nuevo contexto por las consecuencias patológicas que este provoca. Amour (2012) cita los factores que contribuyen a la salud mental deteriorada de los internos según los estudios de la OMS. El hacinamiento, la violencia, el aislamiento con el exterior, la inseguridad e incertidumbre ante el empleo, los servicios sanitarios deficientes, la falta de privacidad y los períodos forzados en aislamiento como sanción, agravan los efectos negativos enormemente. Así, con todos estos factores de riesgo, se presume un alto porcentaje de enfermedades de salud mental en la población carcelaria.

Valverde (1997) describió la tendencia a un estado permanente de ansiedad por la sensación constante de peligro que viven los presos. La inseguridad y el desapego con otros que podrían ser la fuente del daño, conducen a la indiferencia afectiva (p.116).

Esta desvinculación, que provoca alteraciones en la afectividad de los internos, que les lleva a la despreocupación por el mal ajeno y hasta por el suyo propio.

Se aíslan los sentimientos como mecanismo de defensa a las frustraciones emocionales y como una forma de protegerse a sí mismo frente a los demás, una forma de no mostrar debilidad. Martxoa (2015) explicaba este mecanismo mediante la inseguridad situacional. Es común la labilidad afectiva (Martxoa, 2015), ya que si pensamos en la prevalencia de los trastornos bipolares, la convivencia puede crear buenas relaciones entre los internos que les permitan relajarse en momentos puntuales, pero la desconfianza sigue ahí y, por ello, los cambios de humor serán muy frecuentes. La culpa y la soledad también son factores de riesgo para el trastorno bipolar, puesto que formarían parte de las etapas depresivas, las cuales evolucionarían a rabia e ira contra aquello que les arrebató su libertad.

La desconfianza, la ansiedad, el miedo, la tensión, los cambios de humor, el estado de alerta continuo y demás alteraciones, hacen muy complicada la creación del vínculo terapéutico necesario para el trabajo de los profesionales con los internos. Según Añaños-Bedriñana (2017), los problemas emocionales como la baja autoestima, la desmotivación y la escasa autoconsciencia, dificultan la intervención en las prisiones sobre todo en las mujeres.

4.2.2. Trastornos de personalidad.

Según Escaff et al. (2013) la prisión causa la desintegración de la personalidad. Se dan muchos cambios en la forma de ser de la persona a causa de la despersonalización y las condiciones de vida. Arroyo y Ortega (2009, citado en Molina-Coloma, Salaberría y Pérez, 2018) mencionan que las condiciones de la prisión en general, el aislamiento afectivo, la vigilancia permanente, la falta de intimidad, la rutina o las frustraciones reiteradas, conduce a la desconfianza y a la agresividad en las relaciones personales. Se produce un empobrecimiento cognitivo (Ruíz, 2007), especialmente en la memoria (bloques y lagunas sobre situaciones vividas por la gran carga emocional) y la atención, ya que disminuye la concentración, la atención sostenida y se crea un sistema de alerta permanente que se incorpora en la sintomatología derivada (Escaff et al., 2013).

Bebbington et al. (2017), también apuntó como los trastornos más comunes son el trastorno paranoide (1% de la población total de hombres y un 2% de la población total de mujeres), el trastorno límite (TLP) y el trastorno antisocial de la personalidad.

Estos dos últimos son los más llamativos si los comparamos con las cifras de prevalencia de la población general no carcelaria. El TLP es superior en un 33% y el trastorno antisocial en un 73%.

En un estudio realizado por Molina-Coloma, Salaberría y Pérez (2018), se hallaron diferencias en cuanto a la realidad actual de las prisiones. Determinan que los trastornos más comunes (ordenados según la prevalencia) son el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno de personalidad paranoide, esquizoide y narcisista, dejando más de lado el trastorno límite de la personalidad. En este estudio, no se obtienen diferencias de sexo y constituyen que el trastorno de personalidad más común en hombres y mujeres es el antisocial. En concreto, el trastorno de personalidad antisocial (TAP) es un patrón de comportamiento desviado de la norma social que cursa con la manipulación de otras personas, la violación de sus derechos y la falta de remordimientos, que pueden derivar en conductas delictivas (Alvarado, Rosario y García, 2014).

En cuanto a los efectos propios de la prisión que pueden provocar un trastorno de personalidad en los reclusos, se encuentra el trastorno paranoide unido al consumo de sustancias. Según la literatura, es el único que puede considerarse como una consecuencia de la estancia en un centro penitenciario. En el estudio de González, Mujica, Terán, Guerrero y Arroyo (2016) encuentran relación entre el trastorno paranoide y el consumo de sustancias en un 62,49% de los casos.

Cabe mencionar también que la presencia de enfermedad se presenta como un factor de riesgo para sufrir más violencia física, psicológica y sexual; lo cual aumenta la exclusión, ya dentro de la propia institución (Bebbington et al., 2017).

4.2.3. Abuso de sustancias.

Valverde (1997) habla de la droga como un elemento esencial para entender y conocer el funcionamiento de las prisiones. Los internos que controlaban el tráfico de drogas suelen tener un estatus de poder mayor a los demás. La droga es habitual en las prisiones. Los internos pueden usar el tráfico o consumo como forma de protesta contra la institución, pero Valverde (1997) reconocía el abuso de sustancias como el mecanismo de defensa por excelencia contra la ansiedad. El consumo continua funcionando como vía de escape pero, cada vez más, se utiliza de forma recreativa (I. Heredero, conversación personal, 5 de febrero de 2019). En el estudio de Zabala et al. (2016) se halla que el abuso de sustancias es más común en internos con **largas**

condenas (72,3%). Una explicación posible es el aumento de ansiedad progresivo que, en consecuencia, va incrementando la adicción a las sustancias.

En un estudio realizado en Colombia, Larrotta, Rangel, Luzardo, Gómez y Redondo (2017) estudiaron cuáles eran las sustancias consumidas más comunes por los internos en las prisiones. Estas son: tabaco (37,77%), alcohol (5,88%), marihuana (26,1%), cocaína (7,12) y benzodiazepinas (3,1%). Otros autores, mencionados en el estudio de Zabala et al. (2016), concluyen que, en España, el 50% de los internos consumen cannabis. A la luz de los resultados, ambos estudios coinciden en que la marihuana es la droga ilegal más consumida.

Los trastornos derivados por el consumo de sustancias, con mayor frecuencia de aparición, son la esquizofrenia y el trastorno de personalidad paranoide (I. Heredero, conversación personal, 5 de febrero de 2019). Si pensamos en la sustancia más consumida en prisión, González (2018) encuentran una relación significativa entre el trastorno de personalidad histriónica y el consumo de marihuana (80%). En cuanto al trastorno paranoide, se encuentra relación significativa con el consumo de cocaína (83,3%).

Zabala et al. (2016) hallan el abuso de sustancias en **comorbilidad** con trastornos mentales es más común en mujeres jóvenes con nivel socio-económico bajo. La **depresión** se presenta en un 61,5% de los casos de abuso de sustancias y en un 59% con el abuso de alcohol. El abuso de alcohol por su parte, es más frecuente en hombres.

Como consecuencias, Dye (2010, citado por Amour, 2012) comenta el aumento del deterioro psicológico, los problemas de salud mental y las tasas de suicidio. Las conexiones neurológicas se van deteriorando y la persona va perdiendo poco a poco la funcionalidad. Los efectos directos de las sustancias consumidas, junto al tiempo de exposición al consumo, influyen enormemente en el deterioro pudiendo derivar incluso en trastornos psicológicos irreversibles como, por ejemplo, el desarrollo de una psicosis. Asimismo, el consumo de sustancias introduce a la persona en una realidad alternativa para conseguir, en cierta medida, salir de la monotonía, evadir una realidad hostil y como una vía de escape del sufrimiento y la culpa. Los cambios psicológicos producidos por las drogas pueden aumentar el riesgo de conductas suicidas.

4.2.4. Suicidio y conductas autolesivas.

Fazel, Ramesh y Hawton (2017) definen el suicidio como un problema internacional, cuyas tasas han aumentado en los últimos años. Se entiende el suicidio

como una válvula de escape del sufrimiento continuo de los internos. La soledad, la culpa, la baja autoestima, las altas tasas de ansiedad y el temor constante en la prisión, provocan un gran sufrimiento para el cual, según Muñagorri y Peñalver (2008), no tienen suficientes habilidades de afrontamiento. Altamirano (2013) relacionan las conductas suicidas con un nivel elevado de tensión y estrés.

Rocamora (2012) habla del suicidio como el desequilibrio entre las capacidades relacionales y emocionales de las personas y el impacto que una nueva situación vital o puntual tiene en ellos. Los internos son psicológicamente vulnerables cuando no tienen recursos para evitar la amenaza que supone el entorno carcelario. Se ven comprometidos sus intereses, sus creencias, sus afectos y se encuentran rodeados de estresores que afectan a su salud mental.

Las conductas autolesivas son más frecuentes que los suicidios. Roca, Guàrdia y Jarne (2012) describen los intentos autolíticos como una conducta realizada para causar dolor pero sin intención de causar la muerte. Se entiende como una forma de afrontamiento del estrés o una estrategia de descargar la ira sobre uno mismo. Aun así, el concepto es muy ambiguo y estos autores mencionan los puntos fundamentales que debería tener una definición: intencionalidad, gravedad de las heridas, repetición de la conducta y las automutilaciones. Las formas autolesivas más comunes en prisión son cortes, las quemaduras y las abrasiones en hombres, y la ingesta de medicamentos en mujeres (Roca, Guàrdia y Jarne, 2012).

Rocamora (2012) comenta como factores de riesgo aquí la incomunicación, la sobrecarga emocional, las rupturas y pérdidas, las experiencias de inferioridad, como antecedentes de la soledad, la desesperación y la desesperanza, que llevan al suicidio. Las personas necesitan un proyecto vital, un objetivo de vida, relaciones afectivas, confianza en otros, apoyo familiar, una vida sana y actividades de ocio. En prisión, estas necesidades son difíciles de cubrir, lo que sería una explicación directa al problema de los suicidios en las cárceles.

Larney y Farell (2017) apuntan que las tasas de suicidio están relacionadas con la superpoblación, la falta de personal sanitario y educativo, el alto gasto diario por preso para el Estado, el sistema de justicia y salud deficiente, la inadecuada administración de los servicios sanitarios, la duración de la condena y la presencia de tan pocos funcionarios para tantos presos. Se menciona la existencia de una correlación positiva entre la sobrepoblación y el aumento de las tasas de suicidio. Y también, la

enorme influencia de la relación de los presos con los funcionarios (Larney y Farell, 2017).

Muñagorri y Peñalver (2008) identificaron como variables de riesgo la presencia de una mayoría de internos varones, jóvenes, con problemas de toxicomanía y la presencia de trastornos psicopatológicos en nuestras cárceles. En este sentido, se relaciona con las enfermedades psiquiátricas, el abuso de sustancias y las conductas autolesivas. Bebbington et al. (2017) sitúan el aumento del riesgo de suicidio o las conductas autolesivas por la presencia de una enfermedad o alteración mental.

En relación a los apartados anteriores, Roca, Guàrdia y Jarne (2012) hacen un recorrido por la influencia de los trastornos del estado de ánimo, de la personalidad y del consumo de drogas en las alteraciones psicológicas más comunes. La depresión y el TLP son los más asociados con las conductas autolíticas y el suicidio. Además, en un estudio realizado en 2004 por Mohino (mencionado en Roca, Guàrdia y Jarne, 2012), señalaba este autor que el 92,6% de la muestra puntuaban alto en las escalas de trastorno de límite, negativista y antisocial.

El consumo de drogas se puede entender por sí mismo como una conducta dañina y autolesiva. El consumo de sustancias estimulantes está asociado con estas conductas. Roca, Guàrdia y Jarne (2012) mencionan a varios autores cuyos estudios demuestran que, al menos, un 70% de los casos de autolesiones están relacionados con el consumo de drogas y la patología dual. La psicosis y la depresión se presentan en gran medida comórbidos al abuso de sustancias (Zabala et al., 2016).

4.3. Sociales

Uno de los efectos que cabe mencionar aquí, es la posible aparición de un **Trastorno Adaptativo (TA)**. Según el DSM-V, se trata de respuestas emocionales o de tipo comportamental ante un factor psicosocial, a lo que añade el CIE-10, que influye en la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico o a un acontecimiento vital estresante, en este caso: la entrada en prisión. Los síntomas derivados de las dificultades de adaptación tienen que estar presentes al menos 3 meses para que se pueda considerar TA. Se puede entender como una situación estresante para la cual no se tienen suficientes recursos, a lo que Sánchez y Coll (2016) mencionan las dificultades con el idioma, las diferencias religiosas, la falta de lazos familiares y los conflictos individuales, como los factores más influyentes de la no adaptación.

No todos los reclusos padecen un TA cuando ingresan en prisión, ya que depende de sus características previas, su temperamento, su historia vital, sus forma de relación y el contexto. Los factores que influyen en la prisionalización deben estar relacionados y asemejarse o no a la vida en prisión. Los presos que son diagnosticados con TA, se entiende que sufrirán un mayor número de consecuencias negativas que el resto. (Cajamarca, Triana y Jiménez, 2015)

En general, las **relaciones con otros** en prisión se basan en la violencia y la agresividad. La prisión provoca una muy baja tolerancia a la frustración y alta agresividad potencial como defensa o reacción al miedo y la tensión diaria (Valverde, 1997). Los internos adoptan una actitud de permanente desconfianza por la vivencia de debilidad del sí mismo y la mínima autoestima, solo quedándoles la reafirmación violenta como nueva identidad (Martxoa, 2015). “En un entorno violento, todo se vuelve violento” (Valverde, 1997, p.108).

La cárcel aísla a las personas que en ella residen, lo cual, sumado a la hostilidad anterior en las relaciones, provoca la pérdida de lazos sociales tanto dentro como fuera de prisión. Uno de los efectos derivados de la desvinculación con el exterior y el estigma arraigado en la sociedad es que la prisión también crea **exclusión**. Los centros penitenciarios están situados a las afueras de las ciudades, rodeados de campo y apartados de lo que es la civilización, ya que nadie quiere que las prisiones estén cerca de sus domicilios. Ocurre esto mismo con los centros de tratamiento o los recursos que existen para estas personas cuando salen y necesitan reincorporarse en la sociedad. En este sentido, Valverde (1997) hablaba sobre la pérdida de vínculos y contacto con el exterior, sobre la restricción obligada de sus relaciones sociales anteriores. Será desplazado por las personas con mayor relevancia en el día a día de sus familiares y amigos. Esto provoca un vacío interno en el preso, un sentimiento de soledad y culpa.

La exclusión no se da en el sentido de desplazamiento de una persona en la sociedad, sino también puede darse por la falta de adaptación al nuevo ritmo del grupo social en que se encuentra. Es decir, cuando la persona vuelve a su entorno en libertad, ya no es el mismo que él dejó cuando ingresó en prisión y sentirá que ha pasado el tiempo para todo y todos, pero que él se ha quedado estancado. Se sentirá desplazado, lo cual provocará también alteraciones en la emocionalidad y un nuevo proceso de adaptación. (Martxoa, 2015; Valverde, 1997)

El sexo también es una forma de relación social y es una faceta de la vida del preso que se ve también afectada. La **sexualidad** se ve influida por varias razones. Los

encuentros sexuales se realizan en el interior de la cárcel, lo cual reduce la intimidad de la pareja. El tiempo de los llamados vis a vis íntimos es limitado y éstos se dan en un ambiente institucionalizado y anormal en el que no hay tiempo para la ternura en la práctica sexual. La experiencia de los reclusos aquí es algo negativa, ya que lo que podría ser una oportunidad de pasar un tiempo prolongado y de contacto físico con sus parejas que se encuentran en el exterior, se convierte en una situaciones violenta de descarga pulsional (Martxoa, 2015).

Valverde (1997) también mencionaba la masturbación, lo cual significa un momento de intimidad y alivio de un deseo sexual, y en la cárcel se puede llegar a convertir en una vía de escape para la ira o el aburrimiento. En segundo lugar, Valverde (1997) no se refería a las conductas homosexuales como un problema derivado de la estancia en prisión, pero sí lo menciona como algo común. Puede que descubran su verdadera sexualidad o adopten una “sexualidad alternativa” (Valverde, 1997, p.110) que no tiene porqué consolidarse una vez les sea devuelta su libertad. Según Heredero, las relaciones sexuales entre los internos han disminuido actualmente por la mayor frecuencia de los vis a vis íntimos (I. Heredero, conversación personal, 5 de febrero de 2019).

El **lenguaje** es muy importante en las relaciones sociales. A medida que avanza el proceso de prisionalización, el preso adquiere nuevos términos y formas de comunicación únicos de la prisión (Martxoa, 2015). La magnitud del cambio en el sistema de comunicación de la persona dependerá de la duración de la condena. El lenguaje hace posible la comunicación, la capacidad de reflexión y el pensamiento. Si las personas modifican su forma de hablar y comunicarse, modificarán también su forma de pensar. En este sentido, el lenguaje se convierte en un factor más de la exclusión y recuerda el paso de esta persona por este sistema social alternativo.

Todas estas alteraciones sociales tienen una gran repercusión en la visión y consideración social de uno mismo. Los internos se llegan a **cuestionar su propia vida**, ya que se producen tantos cambios que muchos de ellos no son capaces de reconocerse. Asimismo, la cárcel limita la capacidad de elección, por lo que el preso no puede controlar su presente y, lógicamente, se produce la ausencia de expectativas de futuro (Martxoa, 2015; Valverde, 1997). Los internos quedan condicionados a los mandatos y normas de la institución penitenciaria y, poco a poco, esto derivará en una indefensión aprendida, es decir, adoptarán el pensamiento de que las cosas les vienen dadas y no puede hacer nada para cambiarlas (Casado-Quintana y Moreno, 2015).

El **fatalismo**, según Casado-Quintana y Moreno (2005) es el resultado del fracaso de los esfuerzos dirigidos a controlar el entorno. Estos autores hablan de esta actitud como la consecuencia progresiva del paso por prisión y para todos los internos. La prisión y su día a día alimentan la actitud negativa hacia la vida y provoca que la gran mayoría de los internos adopten una actitud pasiva y sumisa ante las demandas que les son impuestas desde fuera, siendo razón de esto el hecho de la pérdida del sentido de la propia vida.

El **estigma social** está muy arraigado. El instinto de supervivencia nos obliga a huir del peligro, pero muchas veces nos olvidamos de que estas personas tienen una historia, un pasado, unas necesidades y unos derechos. La baja autoestima, la inestabilidad relacional y el gran sentimiento de soledad, crean también un fuerte autoestigma (Sánchez y Coll, 2016). Se hace difícil la lucha por la reinserción social porque, además de la sociedad, es la propia persona la que se castiga y no se acepta a sí misma.

5. INFLUENCIA DEL PERSONAL DE PRISIÓN

Es importante mencionar también la influencia directa que ejercen los funcionarios de prisiones y demás profesionales sobre la calidad de vida de las personas encarceladas. La relación que se mantiene con los funcionarios de tratamiento y los funcionarios del módulo es muy distinta (Pozo, Navarro, Nakahira y Cutiño, 2018). Se han comentado ya los efectos más llamativos que los estudios han señalado como las secuelas del paso por prisión. La duración de la condena se hace visible, ya que estas secuelas, como los cambios de personalidad y el deterioro de la salud mental y física, son más visibles o se encuentran más arraigadas en las personas cuanto mayor ha sido la duración de su condena. Ahora, se pretende comentar la influencia de los profesionales con los que el contacto se da de forma inmediata, directa y constante, y afecta enormemente a la adaptación de los presos y consecuencias.

Dentro de la prisión, existe una jerarquización de roles y funciones rígidas. De ahora en adelante, vamos a distinguir dos grupos de profesionales a los que llamaremos: funcionarios de seguridad, encargados del control y en contacto continuo con los internos, y funcionarios de intervención, encargados de la atención socio-sanitaria de los presos.

En concreto, la relación preso-funcionario de seguridad es muy distante y se aleja mucho de la intención de velar por su seguridad (Herrera, 2000). Valverde (1997)

escribe que no se debe olvidar que son personas que también pasan la mayor parte del día encerradas sin haber sido condenados. Es decir, su trabajo está en el interior del módulo e igualmente podría padecer las secuelas físicas mencionadas en el apartado anterior. Su papel allí es representar a la institución hacia la cual los internos pueden sentir rabia. El trabajo de los funcionarios puede ser peligroso porque, aunque no suele ocurrir, los internos podrían descargar su ira sobre ellos. Los funcionarios deben ganarse el respeto de estas personas por una cuestión de supervivencia y seguridad propia. La relación entre ambos, decía Valverde (1997), es de desconfianza mutua ya que, el funcionario desconfía del interno y lo ve como un manipulador, y los encarcelados desconfían de los funcionarios por ser sus castigadores.

Pozo, Navarro, Nakahira y Cutiño (2018) aportan nuevos resultados actuales para las relaciones entre profesionales y presos. En cuanto a la amabilidad y el respeto, el personal de tratamiento obtiene una mejor valoración por parte de los internos. Por el contrario, en cuanto a la percepción de la legitimidad de su actuación, los funcionarios de seguridad mantienen una mejor relación con los internos y aplican las normas de forma más justa. La dureza del día a día no es tal como relataba Valverde décadas atrás (Valverde, 1997), pero continua estando presente la desconfianza y la inseguridad.

La función de la prisión y, por tanto, las tareas que deberían ser desarrolladas por los funcionarios, son la reinserción y la reeducación de los reclusos. Los funcionarios de seguridad adoptan funciones de control, tareas regimentales de control y vigilancia. Se limitan a cumplir con los automatismos del día a día en la prisión, sin una relación personalizada con los internos, algo básico para una intervención. Todo ello, provoca una mayor desconfianza y separa aun más a presos y funcionarios. Las consecuencias que ello conlleva son directas y muy influyentes en la adaptación del interno a la prisión y favorecen la pérdida de identidad y reducen la autoestima (Martxoa, 2015). La valoración de los funcionarios de seguridad es más positiva, pero la relación no deja de ser distante (Pozo, Navarro, Nakahira y Cutiño, 2018).

La relación preso-funcionario de intervención, no es tan accesible como debería, lo cual también significa un déficit en los programas para consecución de los objetivos recogidos en los textos legales: reinserción y reeducación de los internos. Existe un déficit en la labor rehabilitadora. Para acceder a los profesionales, fuera de las sesiones rutinarias programadas de seguimiento, los internos solicitan una instancia que puede tardar meses en ser resuelta, lo cual puede provocar consecuencias negativas para la salud de la persona, ya que no se cubren de forma inmediata las emergencias, tanto

sanitarias como psicológicas, de estas personas (Herrera, 2000). Se entiende la demora en la atención como una forma más de ejercer violencia, ya que aumenta la vulnerabilidad y la peligrosidad de la persona, para sí mismo y para los demás.

Según Amour (2012), muchos problemas de los presos se deben a la falta de formación de los funcionarios, sobre todo los funcionarios de prisión, para la detección de enfermedades mentales. Topa y Morales (2005) mencionan la presencia del *síndrome de burnout* de los funcionarios como una influencia negativa en el bienestar de los internos.

Es también evidente la falta de personal sanitario que atienda a estas personas y pueda contribuir realmente a la consecución de la finalidad primera de la prisión según la CE (art. 25.2) y la Ley General Penitenciaria (art.1): la reeducación y la reinserción. La escasa presencia de personal psiquiátrico y de enfermería influye en el incremento de patologías mentales. Entrenar a los profesionales a detectar señales de posibles problemas de este tiempo, reduciría la prevalencia de trastornos de salud mental y las tasas de suicidio.

Otro de los problemas es la imposibilidad de cubrir al completo las necesidades de los internos. Es de suma importancia para estos objetivos llevar a cabo un plan individualizado para cada preso y estar convenientemente formados para intervenir de la forma más rápida posible ante determinadas situaciones. No hay personal, no hay tratamientos del todo eficaces (Sánchez y Coll, 2016).

6. CONCLUSIONES: FORMAS DE CAMBIAR ESTA REALIDAD

Se hace llamativa la dualidad que existe entre la teoría y la realidad de la prisión. Los objetivos, reeducación y reinserción social de los internos, son inspiradores y forman parte de un castigo positivo a los delincuentes, pero ¿qué se está haciendo mal para que cada año aumente la cifra de población reclusa? En el estudio de Amour (2012), se comprobó el incremento del número de presos de 9,25 millones en 2009 a 10,1 millones en 2011. En España, la población reclusa se incrementó en 2016 un 140%, siendo los delitos contra la salud pública y los atracos, los más comunes cometidos en ese año (Zabala et al. 2016). La prisión supone un gran desembolso económico para el Estado. Los recursos disponibles se hacen insuficientes para el número de internos y, por ello, resulta complicado atender a las necesidades de todos ellos.

Boira (2012) revisó el funcionamiento de las penas alternativas a la prisión. Los trabajos en beneficio de la comunidad (TBC) son una pena privativa de derechos pero no de libertad, que pueden llevar consigo el cumplimiento de un programa de tratamiento. Se trata de una actividad no retribuida de utilidad pública que pueden significar una forma de cumplir con la deuda del penado con la comunidad y, a la vez, contribuir a la mejora del entorno. El número de plazas de TFG asciende notablemente. Boira (2012) menciona que en el año 2000 existían 2.923 vacantes y ya en 2010, ascendió la cifra a 18.579. Ciertos delitos de menor envergadura en cuanto a la gravedad y la duración de la pena prevista en el Código Penal, así como en casos en que el juez decide suprimir la pena privativa de libertad por ser ésta menor a dos años siempre que la persona no cuente con antecedentes penales previos, no requieren el internamiento de la persona en un centro penitenciario. La utilización de la alternativa de los TBC reduciría mucho el coste de las prisiones y evitaría que ciertas personas sufrieran los efectos que conlleva.

Morales (2007) defiende que la prisión es un mal necesario. Se debe adoptar una nueva cultura basada en la responsabilidad, donde las personas que han cometido un delito y no quepa en ellos la imposición de una pena alternativa al internamiento en prisión, comprendan la ilicitud del acto cometido y reconozcan la necesidad de pagar por ello. Asimismo, Morales (2007) apunta a la necesidad de una atención integral pre, durante y post carcelaria para que esta responsabilidad y buena consecución de los objetivos de la prisión. Es tan importante organizar programas de tratamiento efectivos para todos los efectos, consecuencias y características de los internos, como a la población en general (I. Heredero, conversación personal, 5 de febrero de 2019).

Actualmente, en prisión existen una serie de programas de tratamiento orientados a la rehabilitación y reeducación de los internos según el delito cometido. Para algunos profesionales que desempeñan su trabajo en estas instituciones, la falta de recursos es un impedimento para conseguir mejores resultados (I. Heredero, conversación personal, 5 de febrero de 2019). Según el Ministerio del Interior, los programas específicos más implementados actualmente son el PCAS (para delitos sexuales), PRIA-MA (para delitos de violencia de género), PICOVI (intervención en conductas violentas), PROSEVAL (para delitos de seguridad vial) y el PROBECO (para el entrenamiento de habilidades sociales).

Todos estos programas han demostrado ser lo suficientemente eficaces como para que se continúe invirtiendo en ellos. El problema se encuentra en que no todos los

internos se benefician de los mismos. Los programas de tratamiento resultan escasos y los profesionales de intervención de los módulos se ven obligados a elegir qué internos podrían beneficiarse más de los mismos. A la hora de elegir, los funcionarios seleccionan a los internos con mejor comportamiento o mayores necesidades, sin tener que haber cometido el delito para el cual reciben tratamiento. Según Heredero, esta es una de las causas de las grandes tasas de abandono de los programas de tratamiento. Se podría considerar que la función reeducadora de la cárcel no es tal para todos los presos (I. Heredero, conversación personal, 5 de febrero de 2019). Arroyo (2011) propone que para conseguir una verdadera rehabilitación de los internos es importante formar a los funcionarios en prácticas que contribuyan a la reeducación y futura reinserción. Se entiende la necesidad de intervenir con las personas de forma individualizada, con terapias específicas para su rehabilitación y fomento de la autonomía personal. De esta forma a los presos les será más sencillo volver a la sociedad, gestionar su tiempo en libertad y emprender una nueva forma de vida. Junto a ello, Arroyo (2011) señala la necesidad de una sensibilización social para romper con el estigma que hace aún más difícil la vuelta de los reos a la comunidad.

Para reducir realmente las consecuencias negativas provocadas por el paso por prisión de forma genérica y sin atender al delito cometido, se ve necesaria la realización de otro tipo de programas de tratamiento o estimulación. Por ejemplo, Casado-Quintana y Morales (2015) propone que para reducir el fatalismo y la desesperación, es necesario que los internos puedan hacer actividades de ocio, como las salidas al campo de fútbol cercano a la prisión, que depende del profesional encargado del módulo y de las actividades. En algunas instituciones penitenciarias existen talleres de arte terapia que ayudan a la estimulación de los sentidos, sobre todo la vista, y las habilidades psicomotrices de los internos. Estos talleres significa una forma de luchar contra las consecuencias físicas, emocionales y sociales comentadas en este trabajo.

Los internos necesitan mantener sus vínculos con el exterior y contar con el apoyo de sus familiares y amigos. Además, se considera importante la toma de medidas de protección ante las consecuencias tan dañinas para la integridad física y salud mental de estas personas. Se propone, debido a la falta de recursos, la planificación de actividades que no requieran mucho tiempo, personal ni dinero.

Una propuesta es la realización de comunicaciones a distancia por internet. Las salidas programadas y permisos se empiezan a conceder cuando el interno ha cumplido un cuarto de la condena, lo cual, en los casos en que la pena sea de duración breve, los

permisos se conceden al poco tiempo de estancia. Aun así, el cambio brusco de contexto significa una dificultad en la adaptación al mismo. El apoyo familiar y el mantenimiento del contacto con ellos, ayudaría a reducir los problemas emocionales, la sensación de soledad, la pérdida de sentido de la propia vida, y aumentaría la autoestima. Para estas mejoras son tan importantes las relaciones del exterior como las del interior de las prisiones. Para mejorar el contacto entre los internos, el clima y la calidad de vida, se propone la realización de talleres organizados y guiados por y para internos. Un taller en el que poder compartir su experiencia y buscar apoyo entre los compañeros del módulo, disfrutar de distintas actividades como dibujo, cine, fotografía, gimnasia o el aprendizaje de idioma, que consigan mejorar el día a día de los internos y ocupar el tiempo en actividades productivas. Todas las propuestas se ven convenientes teniendo en cuenta la edad de los internos. Según las habilidades, capacidades, enfermedades e intereses, los talleres y programas deberían ir orientadas a aumentar la vitalidad de los internos y mejorar su calidad de vida.

En conclusión, la prisión debe cambiar su forma de actuación para acercarse cada vez más a los objetivos fijados para ella como institución rehabilitadora y reeducadora para las personas que han cometido un delito. No es sólo una cuestión de falta de recursos económicos, materiales o humanos, es también una falta de concienciación y compromiso de los profesionales que trabajan en las prisiones y de todas las personas que viven en él. Los cambios se presumen necesarios debido a la realidad descrita de los centros penitenciarios en la actualidad. Si realmente interesa reducir las tasas de población penitenciaria y el número de delitos cometidos, se deben dirigir todas las prácticas, programas de tratamiento y programas de rehabilitación, a dos objetivos claros: la reinserción social y la reeducación del interno.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alós, R., Esteban, F., Jódar, P. & Miguélez, F. (2015). Effects of prison work programmes on the employability of ex-prisoners. *European Journal of Criminology*, 12(1), 35-50.
- Altamirano, Z. (2013). *El bienestar psicológico en prisión: Antecedentes y consecuencias* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Alvarado, I., Rosario, I. & García, N. (2014). El trastorno antisocial de la personalidad en personas institucionalizadas en puerto rico: estudio de casos. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(1), 62-77.

- 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.
- Añaños-Bedriñana, F. (2017). *En prisión: realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias en mujeres (Vol. 63)*. Madrid, España: Narcea Ediciones.
- Arroyo, J. M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13, 100-111.
- en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo
- Bebbington, P., Jakobowitz, S., McKenzie, N., Killaspy, H., Iveson, R., Duffield, G. & Kerr, M. (2017). Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 221-229.
- Boira, S. (2012). Penas y medidas alternativas a la prisión: la "corrección" entendida como beneficio a la comunidad. *Acciones e investigaciones sociales*, 32, 61-79.
- Cajamarca, J., Triana, J. & Jiménez-Jiménez, W. (2015). Los efectos de prisionalización y su relación con el Trastorno Adaptativo. *Enfoques*, 1(2), 54-82.
- Casado-Quintana, N. & Moreno, P. (2015). El fatalismo como consecuencia del internamiento en prisión y su relación con otras variables psicosociales. *Apuntes de Psicología*, 33(2), 49-56.
- Coyle, A (2005) *Understanding Prisons*. Berkshire: Open University Press.
- De Miguel, E. (2014). El encierro carcelario. Impacto en las emociones y los cuerpos de las mujeres presas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(2), 395-404.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (2007). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Recuperado de:
<http://www.institucionpenitenciaria.es/>
- Escaff, E., Estévez, M. I., Feliú, M. P. & Torrealba, C. (2013). Consecuencias psicosociales de la privación de libertad en imputados inocentes. *Revista Criminalidad*, 55(3), 291-308.
- Fazel, S., Ramesh, T. & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4, 946-952.
- García, R., Rendón, B., de Meneses, E., Martínez, V., Ortiz, M., & Prieto, B. (2018). Conducta delictiva en las personas sin hogar con trastorno mental grave. *Revista Española de Medicina Legal*, 44(2), 55-63.

- González, A. (2018). Trastornos de la personalidad asociados al consumo de cocaína, centro de rehabilitación “Alberto Lovera”, municipio Tovar, estado Mérida. *Revista GICOS*, 3(1-2), 5-15
- González, E. A., Mujica, A. L., Terán, O. E., Guerrero, J. M., & Arroyo, D. (2016). Sintomatología frontal y trastornos de personalidad en usuarios de drogas ilícitas. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 17-28.
- Herrera, R. (2000). Salud mental y prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 138-140.
- Larney, S. & Farrell, M. (2017). Prisoner suicide: a multilevel problem. *The Lancet Psychiatry*. Recuperado de www.thelancet.com/psychiatry a 7 de noviembre de 2018.
- Larrotta, R., Rangel, K., Luzardo, M., Gómez, N. & Redondo, J. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas antes y después del ingreso a prisión en catorce centros carcelarios de Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 24-44.
- Martxo, E. (2015). Efectos de la cárcel. *Harrera Elkarte*, 1-15.
- Molina-Coloma, V., Salaberría, K. & Pérez, J. I. (2018). La Personalidad en Población Carcelaria: un Estudio Comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28(1), 1-7.
- Morales, C. (2007). Psicopatología carcelaria. En Cabral, J., González, L. R. & Gutiérrez, L. (Coord.), *Aportes para la salud mental en Puerto Vallarta* (pp. 117-123). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Muñagorri, R. & Peñalver, M. (2008). Intentos autolíticos en prisión: Un análisis forense. *Anales de Psicología*, 24(2), 361-369.
- Niño, A., Díaz, D. & Ramírez, L. (2017). Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Carta Comunitaria*, 25(143), 77-88.
- Novo, M., Pereira, A., Vázquez, M. J. & Amado, B. (2017). Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciarios. *Acción Psicológica*, 14(2), 113-128.
- Pozo, F., Navarro, L., Nakahira, M. & Cutiño, S. (2018). Cara a cara con la cárcel. La visión de los presos sobre sus condiciones de custodia y resocialización en un centro penitenciario. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 16, 1-28.
- Ríos, J. & Cabrera, P. J. (2002). *Mirando el abismo: el régimen cerrado*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

- Ríos, J. (2013). *La prisión perpetua en España*. Donostia, San Sebastián: Tercera Prensa.
- Roca, X., Guàrdia, J. & Jarne, A. (2012). Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 116-128.
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée.
- Ruiz, J. (1999). Estrés en prisión y factores psicosociales. *Revista Colombiana de Psicología*, 8, 120-130.
- Ruiz, J. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 547-561.
- Sánchez, M. & Coll, A. (2016). Prison nursing and its training. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 110-118.
- Solbes, M. (2008). Estudio socioeducativo de los jóvenes internados en las prisiones andaluzas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 3(6), 1-25.
- Topa, G. & Morales, F. (2005). El síndrome de Burnout y sus efectos en la salud: El papel de la ruptura de contrato psicológico en una muestra de funcionarios de prisiones Españolas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 481-490.
- Valverde, J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada*. Madrid: Popular.
- Vera, E., Borraz, J. R., Domínguez, J. A., Mora, L., Casado, S., González, J. A., Blanco, A., Armenteros, B. & Garcés, E. (2014). Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16, 38-47.
- Zabala, M., Segura, A., Maestre, C., Martínez, M., Rodríguez, B., Romero, D. & Rodríguez, M. (2016). Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 13-23.
- Zubiría, S. (2015). Consecuencias psicosociales del internamiento en prisión: cambios con el nuevo perfil del delincuente. En J. Roperó (Directora), *Estudios de Criminología y Derecho Penal ante los nuevos fenómenos delictivos*. Congreso llevado a cabo en la Universidad Rey Juan Carlos, España.