



Artículo 1/2015, enero-febrero (n.º 154)

Salud y autorregulación en reclusos. Un estudio comparativo con sujetos sin antecedentes penales

Miguel Jesús Bascón Díaz y Virginia Vargas Girón. Universidad de Sevilla

Resumen: Tradicionalmente se ha defendido que la prisión representa un factor de riesgo para el equilibrio psicológico. Por ello, este trabajo persigue evaluar la salud y la autorregulación de reclusos y no reclusos, así como explorar la asociación entre estas dos dimensiones. Se estudian 10 reclusos y 10 participantes sin antecedentes delictivos, a los que se les administró el cuestionario de salud GHQ-28 y la escala de autorregulación MAPA. Aplicando pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis y correlaciones Rho de Spearman), los resultados muestran que los reclusos presentan mejor salud y autorregulación comportamental, y que estas dos dimensiones no correlacionan de manera destacable.

Palabras clave: salud psicosocial, reclusos, autorregulación

Title: *Health and self-regulation of prisoners. A comparative study with participants with no criminal history.*

Abstract: *Traditionally it has been argued that prison is a risk factor for psychological balance. Therefore, this paper aims to evaluate the health and self-regulation of prisoners and non-prisoners, and to explore the association between these two dimensions. 10 prisoners and 10 participants with no criminal history was studied, who were administered the health questionnaire GHQ-28 and the self-regulation scale MAPA. Applying nonparametric tests (Kruskal-Wallis and Spearman Rho correlations), the results show that prisoners have better health and behavioral self-regulation, and that these two dimensions do not correlate in a remarkable way.*

Keywords: *psychosocial health, prisoners, self-regulation*

Recepción del original: 11 noviembre 2014

Fecha de aceptación: 3 febrero 2015

Sumario: 1. Introducción. 2. Metodología. 2.1. Participantes. 2.2. Instrumentos. 2.3. Procedimiento. 2.4. Diseño. 3. Resultados. 3.1. Efecto de la reclusión. 3.2. Análisis de asociación entre salud y autorregulación. 4. Conclusiones. 4.1. Reclusión, salud y autorregulación. 4.2. Asociación entre salud y autorregulación. 5. Bibliografía

1. Introducción

La literatura científica sobre sanidad penitenciaria nos ha venido advirtiendo en las últimas décadas de los efectos negativos del encarcelamiento para la salud mental y el comportamiento de los reclusos (Santibáñez, 1993; Blaauw y Kerkhof, 1998; Mohino, Kirchner y Forns, 2004; Bermúdez-Fernández, 2006; Bustamante y otros, 2013). En relación con ello, en España se evidencian frecuentes cuadros psicopatológicos en este colectivo, con una prevalencia de entre el 40% y el 50% (Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, 2007), llegando a ser 5 veces superior a la de la población general (Vicens y otros, 2011).

Parece claro, por tanto, que el contexto carcelario y la reclusión representan factores de riesgo para la aparición de trastornos psicológicos, por lo que este trabajo se centra en el estudio de la salud psicosocial y la autorregulación del comportamiento de reclusos, así como en el análisis de la posible correlación entre estas dos dimensiones del comportamiento humano.

La salud psicosocial ha de entenderse como un concepto multidimensional compuesto por factores que hacen referencia a la capacidad de adaptación, la madurez intelectual, emocional y conductual, la superación de problemas y frustraciones, la identidad individual y social, o el control de los impulsos (Asociación Pro-Salud Psicosocial, 2012). Así, los problemas de salud psicosocial pueden ser variados, al igual que sus causas, pero todos ellos implican en el individuo cierta pérdida en la capacidad para dirigirse y conducirse dentro de un colectivo o comunidad.

En este sentido, uno de los enfoques más reconocidos a la hora de analizar el comportamiento dirigido a la búsqueda de la salud es el que se centra en el estudio de la autorregulación (García y Días, 2007). Según Baumeister y Vohs (2004) la autorregulación es un proceso que implica un esfuerzo del individuo para modificar su comportamiento. Se trata de la capacidad de conducirse a través de la toma de decisiones, control

de necesidades y activación de estados mentales y emocionales (Ridder y de Wit, 2006).

Nuestro trabajo apuesta por una aproximación discursiva para el análisis de la autorregulación. Partimos del correlato existente entre pensamiento y discurso (Billig, 1987), considerando las acciones discursivas como herramientas del pensamiento (Bakhtin, 1986) cuya funcionalidad se orienta hacia la resolución de un determinado problema (Quignard, 2005). Pero quizás lo más interesante de cara al tema que nos ocupa es la doble dimensión que el discurso tiene. En el plano interpersonal se pone de manifiesto en las situaciones comunicativas, produciendo además un efecto retórico en el plano intrapersonal, sobre el propio hablante (Duncan, 1989; Austin, 1990). Así, en nuestro trabajo asumimos que el discurso puede funcionar como un instrumento que articula y modifica el medio interno del hablante y su experiencia (Belinchón, Rivière e Igoa, 1992). En este sentido, Kuhn, Wang y Li (2010) resaltan el valor del discurso como herramienta de autoconocimiento, y ello pudiera relacionarse con funciones de regulación del comportamiento, planificación y evaluación.

Teniendo en cuenta lo anterior, nos planteamos dos objetivos. Primero, evaluar diferentes indicadores de salud y autorregulación en reclusos en relación a participantes sin antecedentes penales, con objeto de constatar el menoscabo psicológico en los internos. Segundo, analizar la posible asociación entre salud y autorregulación, a fin de conocer si un adecuado comportamiento autorregulado puede relacionarse con un mejor estado de salud.

2. Metodología

2.1. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 20 participantes, todos varones españoles, de los cuales 10 fueron reclusos de un centro penitenciario en Sevilla, y los otros 10, ciudadanos sin antecedentes personales en materia delictiva, que constituyeron el grupo control de comparación. Todos los participantes reclusos se encontraban en un módulo de la Unidad Mixta (cumplimiento y preventivo). La elección de los no reclusos se efectuó de manera aleatoria. Los internos se ofrecieron a participar voluntariamente tras haber sido informados.

Las características sociodemográficas de la muestra indican que tienen edades comprendidas entre 30

y 48 años (media de 38), un nivel educativo medio y ocupaciones diversas que se corresponden con el estrato social al que pertenecen.

2.2. Instrumentos

En total se aplicaron dos instrumentos: Cuestionario General de Salud (GHQ-28), y MAPA (Measure Auto-regulation by Psychosocial Adjustment).

El GHQ (Goldberg y Williams, 1996) se divide en cuatro factores: somatización, ansiedad, función social y depresión. Se constata su fiabilidad tras validez convergente con el Clinical Interview Schedule (CIS) del .76 y con el Present State Examination del .67. En nuestro caso obtenemos un adecuado valor alfa de Cronbach (.86). Utilizamos la puntuación de investigación (0, 1, 2, 3) de forma que un aumento significa peor salud.

MAPA (Bascón y Vargas, en prensa) es un instrumento que contiene 12 supuestos hipotéticos en tres subescalas: situaciones cotidianas, pareja y familia. Las respuestas son codificadas en base a un sistema de categorías (descrito más adelante) en relación con la autorregulación: impositiva, acomodadiza y autorregulación resolutive. Estas modalidades de respuesta son puntuadas como 1, 2 y 3, respectivamente, representando un gradiente de menor a mayor nivel de autorregulación. El análisis de fiabilidad mostró óptima puntuación alfa de Cronbach (.941).

2.3. Procedimiento

Tras el correspondiente consentimiento informado de todos los participantes se procedió a administrar los dos instrumentos (GHQ-28 y MAPA) al grupo control en su medio natural, y a los 10 internos en un aula del módulo carcelario. Se dieron las instrucciones necesarias con objeto de facilitar la comprensión de la tarea.

2.4. Diseño

Se manejó una variable explicativa: estar recluso (grupo experimental) frente a no estarlo (grupo control). Las variables de respuesta fueron salud y autorregulación.

La salud fue medida con los cuatro factores del GHQ-28 (somatización, ansiedad, función social y depresión). La autorregulación se estudió mediante el sistema de categorías articulado en MAPA: autorregulación impositiva, acomodadiza y resolutive. En el siguiente ejemplo se ilustran las tres categorías en relación al supuesto n.º6: *Con ilusión ahorras y regalas un viaje a tu pareja, pero ella te dice que prefería otra cosa.*

Autorregulación impositiva (AI): mandatos que satisfacen lo propio y no lo ajeno. Menor grado de autorregulación: “Si no va me voy con otra porque me ha costado mucho trabajo pagarlo”.

Autorregulación acomodadiza (AA): sumisión y evitación anteponiendo lo ajeno. Moderada autorregulación, orientada por y hacia los demás: “No haría nada, si no le gusta no iríamos”.

Autorregulación resolutive (AR): integración y búsqueda de acuerdo. Mayor grado de autorregulación: “Intentaría hacer otro que nos guste a los dos”.

Como método de fiabilidad se realizó una triangulación entre investigadores (Cohen y Crabtree, 2008), cuyo índice presentó un valor óptimo ($k=.88$). Se utilizó SPSS-22 y ATLAS.TI-7.

3. Resultados

Para averiguar el efecto de la reclusión sobre la salud y la autorregulación se aplicó la prueba no paramétrica de contraste Kruskal-Wallis (H) con nivel de confianza del 95%, y el test de Cramer (V) como indicador del tamaño de efecto. Posteriormente, se hallaron las correlaciones no paramétricas, prueba Rho de Spearman, entre los cuatro factores del GHQ-28 y las tres subescalas de MAPA, para esclarecer la posible vinculación entre estas dos dimensiones.

3.1. Efecto de la reclusión

Respecto a los indicadores de salud, como indican la tabla 1, se obtuvo tan solo un elemento significativo ($p<.05$) en función de la variable reclusión/no reclusión ($H=6.31, p=.012$), con tamaño de efecto grande ($V=.658$). Concretamente, los participantes

no reclusos presentaban puntuaciones más altas (peor funcionamiento social) que aquellos otros que estaban reclusos ($\bar{x}=1.04$ y $\bar{x}=.714$, respectivamente). En cuanto a la somatización, la ansiedad y la depresión no se encontraron diferencias por el hecho de estar recluso, en relación a los que gozaban de libertad.

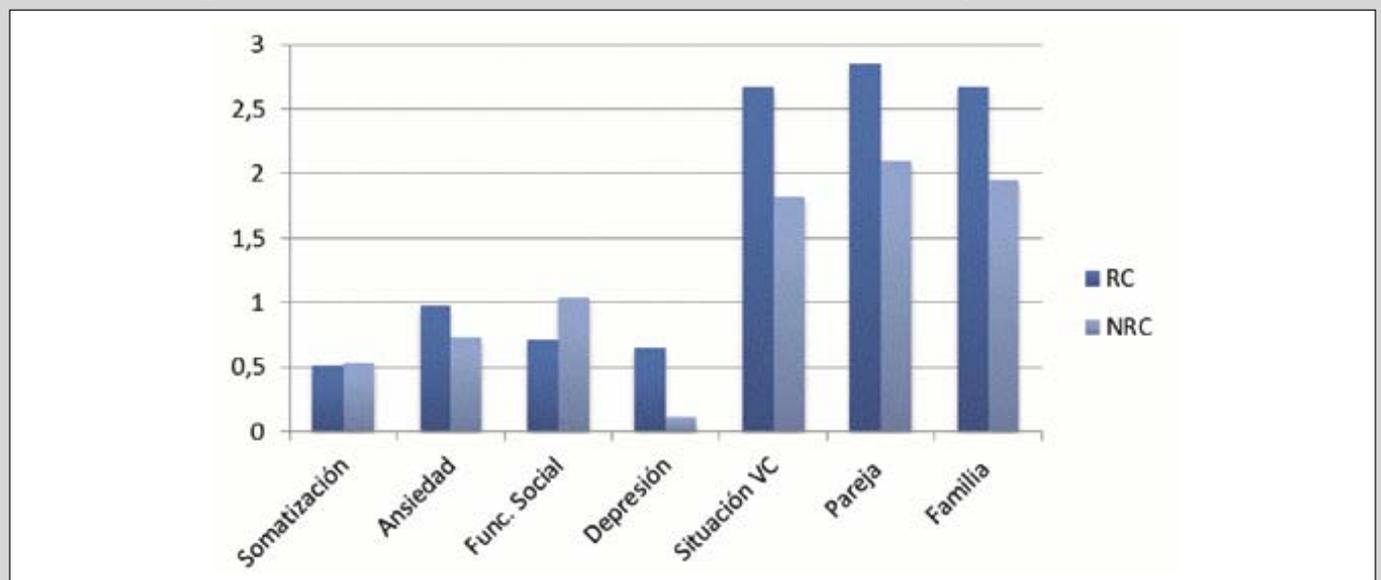
Tabla 1. Efecto de la reclusión sobre la salud y la autorregulación (GHQ-28, MAPA)

	\bar{x} (RC)	\bar{x} (NRC)	H (K-Wallis)	p	V (Cramer)
Somatización	.510	.528	.246	.620>.05	
Ansiedad	.979	.728	1.28	.258>.05	
Funcionam. social	.714	1.04	6.31	.012<.05	.658
Depresión	.653	.114	.735	.391>.05	
Situación vida cotidiana	2.67	1.82	7.59	.006<.05	.717
Pareja	2.85	2.10	4.05	.044<.05	.738
Familia	2.67	1.95	5.20	.023<.05	.797

\bar{x} (RC): media reclusión; \bar{x} (NRC) media no reclusión

En cuanto a la media de autorregulación con MAPA, como indica la tabla 1, se halló influencia de la variable reclusión/no reclusión sobre las tres subescalas, con tamaños de efecto grandes: situaciones de la vida cotidiana ($H=7.59, p=.006, V=.717$), pareja ($H=4.05, p=.044, V=.738$) y familia ($H=5.20, p=.023, V=.797$). Así, quienes están reclusos presentan una mayor autorregulación en las tres subescalas respecto a los que no lo están ($\bar{x}=2.67$ vs. $\bar{x}=1.82$, $\bar{x}=2.85$ vs. $\bar{x}=2.10$ y $\bar{x}=2.67$ vs. $\bar{x}=1.95$). En el gráfico 1 pueden observarse estos resultados.

Gráfico 1. Comparación de medias en reclusión/no reclusión: salud y autorregulación



3.2. Análisis de asociación entre salud y autorregulación

La tabla 2 indica, en la muestra completa (reclusos y no reclusos), la mera presencia de dos correlaciones significativas entre salud y autorregulación, ambas negativas. Así, una mayor autorregulación ante situaciones de la vida cotidiana y familia se asocia con una menor puntuación en funcionamiento social ($Rho = -.544, p = .024$ y $Rho = -.680, p = .003$), lo que significa mejor salud en este factor.

Respecto al grupo de reclusos, en la tabla 3 tan solo encontramos una correlación positiva significativa, entre el factor depresión del GHQ y la autorregulación ante las situaciones cotidianas ($Rho = .780, p = .039$). Así, una mayor autorregulación en este ámbito lleva asociada mayores puntuaciones en depresión.

Finalmente, en cuanto al grupo de participantes sin antecedentes penales, los resultados de la tabla 4 muestran la ausencia de correlaciones significativas entre salud y autorregulación.

Tabla 2. Correlaciones entre salud y autorregulación (GHQ-28, MAPA). Muestra completa

	MAPA Situaciones Cotidianas	MAPA Pareja	MAPA Familia
GHQ Somatización Rho Spearman ρ	ns	ns	ns
GHQ Ansiedad Rho Spearman ρ	ns	ns	ns
GHQ F. Social Rho Spearman ρ	-.544* .024	ns	-.680* .003
GHQ Depresión Rho Spearman ρ	ns	ns	ns

*correlación significativa

Tabla 3. Correlaciones entre salud y autorregulación (GHQ-28, MAPA). Grupo reclusos

	MAPA Situaciones Cotidianas	MAPA Pareja	MAPA Familia
GHQ Somatización Rho Spearman ρ	ns	ns	ns
GHQ Ansiedad Rho Spearman ρ	ns	ns	ns
GHQ F. Social Rho Spearman ρ	ns	ns	ns
GHQ Depresión Rho Spearman ρ	.780* .039	ns	ns

*correlación significativa

Tabla 4. Correlaciones entre salud y autorregulación (GHQ-28, MAPA). Grupo no reclusos

	MAPA Situaciones Cotidianas	MAPA Pareja	MAPA Familia
GHQ Somatización Rho Spearman ρ	ns	ns	ns
GHQ Ansiedad Rho Spearman ρ	ns	ns	ns
GHQ F. Social Rho Spearman ρ	ns	ns	ns
GHQ Depresión Rho Spearman ρ	ns	ns	ns

*correlación significativa

4. Conclusiones

Presentamos las conclusiones en secciones de acuerdo a los dos objetivos planteados, de cara a sistematizar y organizar los hallazgos.

4.1 Reclusión, salud y autorregulación

Se aprecia escasa influencia de la reclusión sobre el estado de salud, es decir, tan solo se observan diferencias en un factor del GHQ. Así, en contra de lo esperado, los internos cuentan con mejor funcionamiento social que los participantes sin antecedentes. En cuanto a la autorregulación, tanto las situaciones cotidianas, como la pareja y la familia han representado ámbitos en los que los reclusos han mostrado mejores puntuaciones, yendo esto de nuevo en contra de lo que esperábamos.

A pesar de la tendencia a publicar solo los hallazgos positivos, es decir, aquellos que ofrecen resultados en consonancia con lo esperado (Dickersin, 1997), creemos que nuestros datos pueden resultar provechosos para el campo de la sanidad penitenciaria. Curiosamente, el hecho de que los reclusos presentaran mejor salud y sobre todo mejor autorregulación, pudiera estar indicando una reconstrucción identitaria que transita hacia el sujeto institucionalizado (García y Pacheco, 2012). Por una parte, supone adaptarse a la cultura carcelaria sintiéndose miembro de esta comunidad y participando de sus circunstancias, y por otra interiorizar el propio carácter normativo, de control y cumplimiento explícito de medidas que supone el medio penitenciario. Asimismo, la estancia en prisión produce un alivio progresivo de los cuadros de ansiedad generados al inicio del encarcelamiento, ya que el conocimiento de la realidad carcelaria permite crear unas expectativas ajustadas (Bermúdez-Fernández, 2006).

4.2 Asociación entre salud y autorregulación

En general, los resultados indican escasa vinculación entre salud y autorregulación. Más concretamente, si tenemos en cuenta a todos los participantes, encontramos que una mayor autorregulación ante situaciones cotidianas y familiares va asociada a un mejor funcionamiento social. Respecto a los reclusos, un mejor comportamiento autorregulado en el ámbito cotidiano se asocia paradójicamente a mayores síntomas depresivos. Este hecho pudiera estar ocasionado por el alejamiento y la pérdida de vinculaciones con el medio externo a la cárcel (Yela, 1998). Finalmente, en los participantes no reclusos no se observa asociación alguna entre los cuatro factores de salud y las tres escalas de autorregulación.

En definitiva, nuestros hallazgos indican que los reclusos han presentado mejor salud y autorregulación, sin embargo estas dos dimensiones no parecen estar asociadas específicamente en ellos. No obstante los resultados pudieran estar condicionados por las limitaciones que presenta este trabajo, entre las que se encuentra el reducido tamaño muestral. Aunque existen estudios con similar número (Castro, López-Castedo y Sueiro, 2009) creemos que la potencia de los datos mejoraría si eleváramos el número de participantes. También sería interesante incluir la perspectiva de género analizando la salud de mujeres reclusas. Otras mejoras podrían ser la realización de un análisis multivariante entre salud, autorregulación y variables como el tiempo de condena o el tipo de régimen (internos-abierto).

5. Bibliografía

- ASOCIACIÓN PRO-SALUD PSICOSOCIAL. (2012). *¿Qué es la Salud Psicosocial?* Recuperado el 5 de noviembre de 2014 de <http://www.pro-salud-psicosocial.org/inicio.html>
- AUSTIN, J. (1990). *Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones*. Barcelona. Paidós.
- BAKHTIN, M. (1986). *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.
- BASCÓN, M.J. & VARGAS, V. (en prensa). *Eclecta. Revista de psicología general*.
- BAUMEISTER, R. F. & VOHS, K. D. (2004). *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. New York: Guilford.
- BELINCHÓN, M, RIVIÈRE, A. & IGOA, J. M. (1992). *Psicología del lenguaje. Investigación y teoría*. Madrid: Trotta.
- BERMÚDEZ-FERNÁNDEZ, J. I. (2006). "Efectos psicológicos del encarcelamiento", en SIERRA, J. C., JIMÉNEZ, E. M. & BUELA-CASAL, G. (Coords.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones*, 348-371. Madrid, España: Biblioteca nueva.
- BILLIG, M. (1987). *Arguing and thinking, a rhetorical approach to social psychology*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

- BLAAUW, E. & KERKHOF, A. (1998). "Suicides in Police Custody in the Netherlands", en KOSKY, R.J., ESHKEVARI, H.S., GOLDNEY, R. D. & HASSAN, R. (Eds.), *Suicide Prevention. The Global Context*, 131-137. New York: Plenum Press.
- BUSTAMANTE, R., PAREDES, J.J., AVIÑÓ, D., GONZÁLEZ, J., PITARCH, C., MARTÍNEZ, L. & ARROYO, J. M. (2013). Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15 (2), 44-53.
- CASTRO, M. E., LÓPEZ-CASTEDO, A. & SUEIRO, E. (2009). Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. *Anales de Psicología*, 25 (1), 44-51.
- COHEN, D. J., & CRABTREE, B. F. (2008). Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Annals of Family Medicine*, 6 (4), 331-339.
- DICKERSIN K. (1997). How important is publication bias? A synthesis of available data. *AIDS Education & Prevention*, 9 (Suppl A), 15-21.
- DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR. (2007). *Estudio sobre la salud mental en el medio penitenciario*. Recuperado el 1 de diciembre de 2013 de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf
- DUNCAN, H. (1989). *Communication and social order*. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.
- GARCÍA, J. A. & DÍAS, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Salud y drogas*, 7 (2), 309-332.
- GARCÍA, N & PACHECO, M (2012). La construcción subjetiva de las consecuencias del encarcelamiento: el punto de vista del recluso. *Acción psicológica*, 9 (2), 21-34.
- GOLDBERG, D. & WILLIAMS, P. (1996). *Cuestionario de Salud general GHQ*. Barcelona: Masson.
- KUHN, D., WANG, Y. & LI, H. (2010). Why Argue? Developing Understanding of the Purposes and Values of Argumentative Discourse. *Discourse Processes*, 48 (1), 26-49.
- MOHINO, S., KIRCHNER, T., & FORNS, M. (2004). Coping Strategies in Young Male Prisoners. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (1), 41-50.
- QUIGNARD, M. (2005). "A collaborative model in dyadic problem-solving interactions", En VAN EEMEREN, F. H. & HOUTLOSSER, P. (Eds), *Argumentation in practice*, 69-86. Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- RIDDER, D. & DE WIT, J. (2006). *Self-Regulation in Health Behavior*. Chichester: Wiley.
- SANTIBÁÑEZ, R. (1993). ¿Reformar la ley o reformar la realidad? Personalidad y tiempo de estancia en prisión. *Eguzkilore*, 7, 147-156.
- VICENS, E., TORT, V., DUEÑAS, R.M., MURO, A., PÉREZ, F., ARROYO, J.M. ACÍN, E, DE VICENTE, A, GUERRERO, R, LLUCH, JPLANELA, R & SARDA, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Journal Criminal Behaviour and Mental Health*, 21 (5), 321-32.

Sobre los autores:

Miguel Jesús Bascón Díaz. Doctor en Psicología. Profesor Ayudante Doctor (Acreditado Contratado Doctor), Universidad de Sevilla, Departamento de Psicología Experimental. Beca Predoctoral Formación Personal Investigador. Tercer Ciclo en Estudios de Género. Premio Extraordinario de Doctorado. Técnico Formación. Línea de investigación: discurso, género y ajuste psicosocial.

Virginia Vargas Girón. Licenciada en Psicología. Master Universitario de Migraciones Internacionales, Salud y Bienestar: Modelos y Estrategias de Intervención. Alumna interna y Asistente Honoraria en Departamento de Psicología Experimental (Universidad de Sevilla).

Contacto con los autores: mjbascon@us.es

Cómo citar este artículo: BASCÓN DÍAZ, Miguel Jesús; VARGAS GIRÓN, Virginia: "Salud y autorregulación en reclusos.

Un estudio comparativo con sujetos sin antecedentes penales", en *Boletín Criminológico*, artículo 1/2015, enero-febrero (n.º 154).

Disponible en <http://www.boletincriminologico.uma.es/boletines/154.pdf> [Fecha de consulta]