

SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS EN MUJERES RECLUSAS DE LA CARCEL DE  
SAN DIEGO DE CARTAGENA DE INDIAS D.T y C

ADRIANA SOFÍA ALTAMAR PUELLO

LUCELY MERCEDES LOREO VILLANUEVA

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SECCIONAL CARTAGENA

FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CARTAGENA, COLOMBIA

2016

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES RECLUSAS DE LA CÁRCEL DE  
SAN DIEGO DE CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C

ALTAMAR, A.

LOREO, L.

DIRECTORA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

MERCEDES GARCÍA ESCALLÓN

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SECCIONAL CARTAGENA

FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CARTAGENA, COLOMBIA

2016

**A Dios**, por ser mi fortaleza en este camino.

**A mi familia**, por ser parte de este crecimiento personal y por sobre todo, apoyarme a ser lo que hoy en día soy, y regalarme las herramientas para cumplir esta meta.

**A mi novio**, por ser incondicional en los tiempos buenos y difíciles, por ser parte de este proyecto que en el camino se fue desarrollando y que con nuestra unión seguirá continuando para ser de la vida, un mundo mejor.

**A mis amigos**, por escuchar, apoyar y por sobre todo estar ahí cuando me quedé sin fuerzas, sin duda ellos siempre me levantaron con su voz de aliento.

**A Concepción**, mi ángel en el cielo, por instruirme a realizar todo lo propuesto con dedicación, paciencia y amor. Siendo estos los pilares fundamentales para cumplir este proyecto de vida. Por su amor de madre incansable y por recordarme que no existen límites, que siempre se puede, en honor a ti mi madre eterna.

Con amor, Adriana.

**A Dios**, por permitirme alcanzar un logro más en la vida.

**A mi madre**, Antonia Villanueva por su dedicación y apoyo incondicional.

**A mi padre**, Jimmy Loreo por impulsarme a seguir siempre a delante.

**A mi hija y mi pareja**, por ser mi motor de apoyo.

**A mis amigos**, quienes han sido una gran familia en este camino.

**A mis profesores**, por su empeño y dedicación al trasmitirme sus conocimientos.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido en el logro de esta  
meta.

Con todo el cariño que me embarga, Lucely.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a Dios por ser nuestro soporte en este proceso investigativo, a cada una de las familias de los investigadores aquí representados por apoyar y ser partícipes de este desafío en el camino que llevo a lograr el propósito deseado.

Se agradece a Mercedes García Escallón directora de este proyecto de grado, por la motivación a realizar este análisis con dedicación, esfuerzo y trabajo. Agregando sus conocimientos acerca de la problemática estudiada y la guía para atender la población escogida.

A cada uno de los profesores que con sus conocimientos y dedicación, enriquecieron y aportaron a este estudio de trabajo.

Al programa de psicología de la Universidad San Buenaventura, que permite generar espacios investigativos para aportar avances científicos.

A la Cárcel de San Diego de la ciudad de Cartagena de Indias D.T y C por permitir, realizar la investigación.

Y finalmente, a cada una de las reclusas que participaron en esta exploración porque gracias a su colaboración se pudo dar el desarrollo de esta investigación y por abrir un espacio en su interior para acceder a ciertas problemáticas de su vida.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
1. INTRODUCCION	10
2. JUSTIFICACION	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
4. OBJETIVOS	16
4.1 Objetivo General	16
4.2 Objetivos Específicos	16
5. MARCO REFERENCIAL	17
5.1 Antecedentes Investigativos	17
5.2 Marco Conceptual	22
5.3 Marco Legal	32
6. MARCO METODOLOGICO	37
6.1 Enfoque	37
6.2 Tipo de investigación	37
6.3 Diseño	38
6.4 Población	38
6.5 Muestra	39
6.6 Instrumentos	40
7. PROCEDIMIENTOS	41
7.1 Factores éticos y bioéticos	41
7.2 Factores administrativos del proyecto	43
8. RESULTADOS	45
9. DISCUSION	56
10. CONCLUSIONES	59
11. RECOMENDACIONES	61
12. REFERENCIAS	63
13. ANEXOS	67
13.1 ScI-90	67
13.2 Encuesta sociodemográfica	71
13.3 Carta de resultados	75

## LISTA DE TABLAS E ILUSTRACIONES

1.	Tabla 1: Escala de somatización	46
2.	Tabla 2: Escala de obsesión compulsión	47
3.	Tabla 3: Escala de sensibilidad interpersonal	48
4.	Tabla 4: Escala de depresión	49
5.	Tabla 5: Escala de ansiedad	50
6.	Tabla 6: Escala de hostilidad	51
7.	Tabla 7: Escala de ansiedad fóbica	52
8.	Tabla 8: Escala de ideación paranoide	53
9.	Tabla 9: Escala de psicoticismo	54
10.	Tabla 10: Encuesta sociodemográfica	55

## RESUMEN

El presente proyecto consistió en determinar la presencia de síntomas psicopatológicos en las mujeres que se encuentran en condición de reclusas en la cárcel de San Diego de Cartagena de Indias D. T y C.

De acuerdo al déficit que hay actualmente en la población carcelaria se vio necesario escoger variables que pudieran mostrar síntomas psicopatológicos como la depresión, la ansiedad, entre otros, para así investigar el estado de salud mental que tienen las reclusas.

Por lo tanto, se utilizaron instrumentos como el SCL-90 para medir de acuerdo a esta escala los síntomas que presencian las reclusas en el proceso carcelario y una encuesta para profundizar sobre factores que pudieron ser importantes a la hora de realizar un delito y finalmente ingresar a prisión el cual, involucra un cambio relevante en la conducta de la reclusa.

Finalmente, se concluye que las internas evaluadas si presentan síntomas psicopatológicos y se contrasta esta hipótesis con avances científicos realizados en otras prisiones nacionales e internacionales.

**Palabras claves:** síntomas psicopatológicos, reclusas, cárcel, prisión, penitenciarias, trastornos.

## **ABSTRACT**

The present project consisted in determining the presence of psychopathological symptoms in women who are in prison conditions in the prison of San Diego of Cartagena de Indias D. T y C.

According to the current deficit in the prison population, it was necessary to choose variables that could show psychopathological symptoms such as depression, anxiety, among others, in order to investigate the state of mental health that inmates have.

Therefore, instruments such as SCL-90 were used to measure according to this scale the symptoms that prisoners witness in the prison process and a survey to investigate factors that could be important in the commission of a crime and finally to enter Imprisonment which involves a relevant change in the prisoner's behavior.

**Key words:** psychopathological symptoms, inmates, prison, prison, penitentiaries, disorder.

## 1. INTRODUCCIÓN

Los datos plasmados en la presente investigación, son el resultado de la recolección de información mediante la revisión de investigaciones realizadas en diferentes centros carcelarios y penitenciarios a nivel mundial. Sumado a esto, se aplicó el Inventario de Síntomas SCL-90 de Derogatis y una encuesta sociodemográfica, en la cárcel de mujeres de la ciudad de Cartagena – Colombia, lo que permitió ampliar los conocimientos de la investigación.

Según el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (pag.3) art. 21 del Código Penitenciario y Carcelario Colombiano, son cárceles los establecimientos de detención preventiva, previstos exclusivamente para retención y vigilancia de sindicados. Lo cual, quiere decir, que en ella están reclusas personas, que están siendo juzgadas por haber cometido algún delito, pero que aún no han sido sentenciadas. A su vez la Ley 65 de 1993 (pág.4) especifica en el art. 22 del Código Penitenciario y Carcelario Colombiano, define la penitenciaría como, establecimientos destinados a la reclusión de condenados y en las cuales se ejecuta la pena de prisión, mediante un sistema gradual y progresivo para el tratamiento de los internos. Las penitenciarías son las encargadas de hacer cumplir la pena condenatoria. Estas instituciones están destinadas a la resocialización y reeducación de las personas que infringen las leyes, establecidas en el código penal colombiano. Empero, el estar en una cárcel o penitenciaría no indica que los sujetos pierdan sus derechos, que deban ser vulnerados o maltratados. Ahora bien, siguiendo a Ojeda, (1997) citado en González, A. (2001), afirma que la violencia de la cárcel va mucho más allá de la intraprisionera. Es un mundo hostil, no sólo por la difícil convivencia con los otros presos, sino porque se impone

una especie de violencia institucional, hasta hacerlo sentir como un perro. Es un maltrato integral donde todo parece inspirado para producir dolor. Sumado a esto, encontramos problemáticas como el hacinamiento, falta de higiene, precarias condiciones de salud. Galindo, J. (2012) afirma que, el sistema penitenciario, sobre todo el contexto latinoamericano, las prisiones gozan de una amplia y pésima reputación porque en ellas se violan todo tipo de derechos, además de no garantizarse el acceso a servicios de salud y condiciones mínimas de higiene.

Según El Espectador (2016), se han realizado investigaciones que han mostrado un alto índice de suicidios, síntomas como ansiedad, depresión, estrés, entre otras sintomatologías presentadas por personas que están encarceladas.

La sintomatología presentada en ambientes carcelarios y penitenciarios se abordada en el presente estudio, enfocado a las mujeres reclusas de la cárcel de San Diego de la ciudad de Cartagena de Indias.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La estancia en prisión es una vivencia que genera múltiples sensaciones, pensamientos y emociones, negativas. Es un hecho generador de gran estrés y ansiedad. Estudios e investigaciones realizadas en diferentes países, han reflejado las problemáticas que se vivencian en los sistemas carcelarios y penitenciarios. Escaff y colaboradores (2013) concluyen que, durante el período de privación de libertad como del proceso en su totalidad se experimentan niveles de estrés bastante nocivos para la salud, lo que complementa la hipótesis de que las probabilidades de que síntomas psicopatológicos en las reclusas estén presentes e incluso desde el primer día de su contacto con la prisión. Por lo que Ruiz (s.f) en su trabajo *Estrés en Prisión y Factores Psicosociales*, argumenta que el mismo hecho de ser encarcelado reviste el carácter de un evento traumático para la vida de una persona, especialmente si su primera experiencia en prisión. En otras palabras, el ser enfrenta nuevas situaciones en un contexto desconocido que permite generarle angustia y otros desordenes emocionales que de no tratarse a tiempo pueden alterar su salud mental porque según Mojica, Sáenz y Rey-Anacona, C (2009) en un informe de la Defensoría del Pueblo de Colombia las condiciones del sistema carcelario del país son deficientes, pues presentan altas cifras de hacinamiento y malas condiciones en la estructura física y los servicios de salud. Por esto, a menudo las internas sienten tristeza, ansiedad, rabia e impotencia de su condición. Sumado a ello, encontramos que, en muchos casos, las reclusas manifiestan algunos síntomas psicopatológicos. Estos rasgos, objeto de nuestra investigación, han sido poco estudiados en nuestro país. Por esta razón, se realizó esta investigación.

Teniendo en cuenta lo dicho por (Benyakar, M.-2006. (Citado en; Dechiara, P.-2009). , las cárceles se plantearon como medio para que las personas que cometieron algún delito

puedan reparar el daño y logren luego reinsertarse en la sociedad, a través de la reeducación provista. Y aunque ese es el objetivo de la cárcel actual, se puede notar que el encarcelado no está siendo preparado para ese proceso. Mientras que en los tiempos antiguos el estar encarcelado implicaba castigos severos indica al prisionero se le está castigando con un ambiente hostil e incómodo que perjudica su estado emocional debido al ambiente que vive. Por esto, los indicios de criminalidad actualmente son notorios y aunque existe la concepción moral de justicia-castigo, el recluso reincide y regresa en su mayoría una segunda vez a la vivencia en prisión. Lo que se permite preguntar que se tiene un sistema penitenciario que crea seres con trastornos que cometen los mismos o peores delitos y no realizan una resocialización que permita evitar el contacto con la prisión y reducir la población con patologías mentales.

Se sabe que los sistemas carcelarios presentan condiciones precarias en cuanto a higiene, salud, trato digno de las internas, respeto a los derechos humanos, y más aún, la aplicación de programas que brinden una reeducación o reintegración a la sociedad, idóneo, para que al salir de la prisión, las internas sean aptas para convivir en la sociedad, con oportunidades de tener calidad de vida y aportar beneficios a la colectividad en la que vive.

Esta investigación se realizó con el fin de aportar informes investigativos sobre los síntomas psicopatológicos que presentan las mujeres internas en la cárcel de San Diego, de la ciudad de Cartagena, buscando una concientización de la importancia que tiene impartir procesos encaminados a la reeducación de las internas.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo a lo expuesto en el Experimento de Zimbardo en la Cárcel de Stanford (1971), el encarcelamiento produce trastornos mentales, desordenes emocionales, tristeza, desesperanza y estrés. Lo cual implica que la estancia en prisión genera síntomas psicopatológicos en los reclusos desde el primer momento en que establecen contacto con este espacio.

Por el cual, Altamirano (2013) confirma la presencia de los síntomas psicopatológicos en mujeres reclusas en su investigación llamada Bienestar Psicológico, en la que cita a LaFortune (2007) y expone cuales son los que se presentan con frecuencia como son, la ansiedad, el trastorno límite de la personalidad y la dependencia a las drogas. Por consiguiente, las exploraciones investigativas que confirman este planteamiento como la de Becerra y colaboradores (2008) observaron que es común en el género masculino y femenino exista un mayor alto índice de sintomatología emocional desde el ingreso a prisión debido al esfuerzo que realiza el individuo por pertenecer a un nuevo medio como es el penitenciario y Andersen (2004) en su estudio con presos preventivos daneses, observó como la primera fase de internamiento era un periodo vulnerable con una moderada alta incidencia de trastornos de adaptación, dos veces mayor en los casos de estancia en aislamiento. Por lo que permite destacar la importancia de estudiar la conducta humana dentro de la prisión. Por esto, otros estudios han mostrado que existen componentes psicológicos que determinan como es el proceso de adaptación de los individuos a la vida en prisión según Zamble & Porporino (1984). Por tanto, las situaciones cotidianas y desadaptativas generan ansiedad ante los cambios repentinos y no se debe olvidar según Altamirano (2013) que la población reclusa está compuesta por un porcentaje alto de historias de vida con una alta proporción de hechos

traumáticos, especialmente con contenido de violencia física y sexual en el caso de las internas y de señales que indican exposición a situaciones vulnerables, además de la carencia de tipo emocional y afectivo.

Según Altamirano (2013), existen otros trabajos realizados exclusivamente con población reclusa femenina que padecen trastornos de dependencia a sustancias psicoactivas, corresponden a una demostración del siguiente perfil psicosocial femenino: una población con problemáticas psicológicas y sociales con necesidades de tratamiento rápido y oportuno, agregando un elevado porcentaje en la sociedad de mujeres víctimas de abusos sexuales y agresiones violentas.

Añade Altamirano (2013) una diferencia significativa por género en el nivel de riesgo de padecer diferentes tipos de trauma. En las presidiarias hay mayor posibilidad de padecer agresiones sexuales y violaciones, y en el de los hombres agresiones físicas o ser testigos de las mismas. Teniendo en cuenta lo anterior, las agresiones sexuales independientemente del sexo, están vinculadas significativamente con la aparición de Trastorno de Estrés Postraumático.

Por los antecedentes y las variables que se manifiestan a partir de estar encarcelado y de las situaciones vividas antes y/o durante la estancia en prisión, la investigación realizada pretende abrir el interrogante: ¿Presentan síntomas psicopatológicos las reclusas de la cárcel de San Diego de Cartagena de Indias D. T y C?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Describir los síntomas psicopatológicos que presentan las mujeres encarceladas del sistema penitenciario y carcelario, San Diego de la ciudad de Cartagena.

### **4.2 Objetivos específicos**

Conocer los síntomas psicopatológicos que presentan las mujeres reclusas en la cárcel de San Diego de la ciudad de Cartagena.

Reconocer los síntomas de las categorías psicopatológicas de la prueba CSL-90-R que presentan las reclusas de San Diego.

## **5. MARCO REFERENCIAL**

### **5.1 Antecedentes Investigativos**

En su investigación Estrés en prisión y factores psicosociales, Ruiz, J. (s.f) expone que: “el mismo hecho de ser encarcelado reviste el carácter de un evento traumático para la vida de una persona, especialmente si es el primer contacto con la prisión.” (p.1). Este autor cita a Holmes y Rahe (1967) comentando que ellos encontraron que el ingreso en prisión era evaluado por una muestra de sujetos como el tercer evento de vida, en una lista de 43 situaciones, que implicaba un mayor esfuerzo de ajuste, por los cambios que suponía en la vida de una persona. Como apoyo de esta valoración se han encontrado, en las primeras semanas de encarcelamiento, mayores niveles de ansiedad y estrés en muestras de internos expuestas por Harding y Zimmerman (1989) y Zamble (1992) o mayor riesgo de suicidios dichos por Bénézech y Rager (1987).

Siguiendo a Paulus y Dzindolet (1993), estos factores pueden ser: a) asociados a la misma condición de internamiento, como la privación de libertad, el alejamiento de las redes sociales y familiares, así como de la vida laboral, estrés cognitivo asociado a las preocupaciones por la situación de la familia, el hacinamiento, la falta de privacidad; b) asociados a la situación penitenciaria de la persona, como la situación jurídica del encarcelado, la duración de la condena, sentencias nuevas que se suman a la que el sujeto está cumpliendo, traslados de centro; c) asociados a la violencia carcelaria, tanto institucional como llevada a cabo por los propios internos.

En esta investigación se expuso un ejemplo de uno de los factores explicados anteriormente, realizado por el Observatorio Internacional de Prisiones (1996) en donde se

recogieron los resultados de encuestas sobre la situación de las instituciones penitenciarias de 29 países. Estas encuestas fueron contestadas por los responsables nacionales de la política penitenciaria o de organismos civiles. El informe concluye que la situación de encarcelamiento puede facilitar la desprotección de los internos frente a la violación de sus derechos fundamentales mediante la tortura, los maltratos o las condiciones físico-ambientales deterioradas (medios para protegerse del calor o del frío, para mantener la higiene personal, para alimentarse). Respecto a la violencia ejercida por los internos entre sí, se puede manifestar en forma de extorsión económica, obligación de ejercer determinados roles, como el trato sexual, colaborar en la introducción de drogas en prisión, estas situaciones constituyen eventos estresantes; son situaciones fácilmente percibidas como amenazantes para la vida y la integridad de la persona.

Por lo tanto, el propósito del autor al realizar este trabajo fue estudiar las relaciones de determinados factores psicosociales con los niveles de estrés y malestar psicológico en prisión. Una muestra de 60 internos voluntarios de un centro penal respondió una encuesta sobre apoyo social objetivo, clima emocional, valores grupales, sucesos en prisión, participación en actividades en prisión, estrés y malestar psicológico. Como resultado principal se encontró, que la percepción de una dimensión de coacción en la interacción social entre los internos se asociaba a niveles mayores de estrés y/o malestar psicológico, mientras una mayor identificación de los objetivos institucionales y el paso del tiempo en prisión mostraban asociaciones inversas. Los resultados se discuten a la luz de recomendaciones teóricas y metodológicas acerca del estudio del proceso de adaptación a la prisión.

Por otra parte, en la investigación Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano de Mojica; Sáenz, D y Rey-Anaconda, C (2009) afirman que:

El encarcelamiento constituye una de las estrategias utilizadas para castigar y contrarrestar el delito tanto en los mismos reos como entre la población general, sin embargo, esta situación en muchas ocasiones conlleva una serie de circunstancias que afecta negativamente la salud física y mental de los internos. Según un informe de la Defensoría del Pueblo de Colombia muestra que las condiciones del sistema carcelario del país son deficientes, pues representan hacinamiento y malas condiciones en la estructura física y los servicios públicos de salud; así mismo los derechos de la vida y la integridad física son vulnerados o amenazados de manera inminente por el mismo hacinamiento, por la mixtura de todas las categorías de reclusos y por la carencia de los efectivos de guardia requeridos. (p.1)

Por lo tanto, la misma condición de presidiario tiene una serie de implicaciones para el proyecto de vida del individuo que puede incidir en su salud mental, como el estigma de haber estado encarcelado, el cambio del modus vivendi y el alejamiento de la familia y otras fuentes de apoyo social. En este informe se mostró que la prevalencia de depresión clínica en la muestra era mayor a la de la población general, pues en dicha muestra se encontró una tasa del 27,8% de depresión moderada y del 11,3% de depresión grave. Los autores, indican la importancia de reafirmar la necesidad de que los internos sean valorados psicológica y psiquiátricamente de manera regular y cuenten con el apoyo psicológico clínico o psiquiátrico necesario.

Basándose en los hechos históricos antiguos, Horta A (2008) menciona en su investigación Vigilar, castigar y remediar, que la cárcel operaba simplemente como lugar de detención previo al juicio que concluía con la imposición de penas corporales, las cuales cumplían finalidades retributivas y preventivo generales de reafirmación del poder del rey de intimidación a la población. La creación de la prisión como institución total sancionadora y sustitutiva de los castigos corporales no ocurrió en una fecha determinada no se implantó al mismo tiempo en todos los países, sino que fue producto de un proceso en el que influyeron factores políticos, sociales, culturales y económicos dentro del gran cambio que vivió Europa entre los siglos XVI Y XIX y que significó políticamente el derrocamiento de la monarquía que dio paso a la democracia, y económicamente el establecimiento del sistema capitalista.

Pero es a principios del siglo XIX cuando la prisión entra en escena como la pena principal por excelencia al considerarse un instrumento útil y adecuado para vigilar, controlar y transformar los cuerpos y las mentes de los individuos, y de esta manera la institución va a servir para que las doctrinas prevencionistas encuentren en ella, como en ninguna otra, el mejor contexto. Por otra parte, surgió la tesis de la defensa social cuyo mayor desarrollo se dio en la escuela positivista italiana a principios del siglo XIX , la cual supone que el delincuente es un sujeto enfermo al que hay que neutralizarlo o darle terapia de tal forma que no represente un peligro para la sociedad.

También, en la investigación Mujeres encarceladas: proceso de encarcelamiento en la penitenciaria femenina de Brasilia de Ordoñez, L. (2005) se cita que en las primeras prisiones construidas en Brasil, según Musumueci & Ilgenfritz (2002), las mujeres presas pagaban el tiempo de condena junto con los hombres y los esclavos, siendo ellas reducidas a la más lamentable miseria física y moral. Lemos de Brito, el primer ideólogo de la creación

de las prisiones femeninas en Brasil en 1924, propuso la necesidad de un tratamiento específico para la mujer por parte del Sistema Penitenciario, bajo el argumento del poder perjudicial y nefasto de la presencia femenina dentro de las prisiones masculinas. Para él, las mujeres presas eran agentes contaminadores, que podían propiciar un ambiente de depravación sexual en los presidios masculinos; razón por la cual deberían estar reclusas en espacios específicos para ser descontaminadas y purificadas, Goffman (1961). Por otro lado, el hecho de ser mujeres las autoras de los crímenes, se trata de sujetos sobre los cuales recae una doble trasgresión. Las mujeres encarceladas no solo transgredieron el orden social sino también el orden de la familia: son culpadas y deshonradas socialmente por abandonar su papel de madres y de esposas. De forma contraria, para los hombres, el rotulo de criminales y presos, a pesar del estigma y de otras circunstancias dolorosas, se constituye en una reafirmación de su masculinidad. La autora de esta investigación, no encontró ninguna historia de alguna familia normal. Casi todas las familias están involucradas con uso y abuso de drogas y alcohol, abuso sexual, o con problemas sociales muy serios como falta de empleo y pobreza extrema averiguada por medio de la psicóloga. Así mismo, la relación con la escolaridad de las internas antes de haber sido reclusas, el 54% de la población curso la primaria incompleta, seguido por un 19% que la acabo. El 8% comenzó el bachillerato y no lo concluyo y solo 3 mujeres, o sea, 1% de la población tiene educación superior. Un 67% de las mujeres son solteras, sin embargo, 93% tienen de 1 a 8 hijos menores de 18 años. Por otra parte, la entrada a la cárcel está fuertemente marcada por un proceso de iniciación a la identidad de un nuevo sujeto: un sujeto institucionalizado. La producción de la nueva identidad de criminal, estigma que se imprime en el cuerpo y en la vida de la mujer presa, comienza a partir del ingreso a la cárcel que, cumpliendo con las características de los ritos de paso esta simbolizado por tres etapas: 1) separación de la vida social anterior, esto es

cuando la mujer es separada de la sociedad por la perpetración de algún crimen; 2) liminaridad o periodo de reclusión, aislamiento e indeterminación social, que se expresa en el espacio físico de la prisión donde permanece la próxima nueva interna. Ella ya está dentro de la institución, pero todavía no está junto con las otras internas; 3) reagregación a una nueva sociedad: la comunidad carcelaria. Después de este pasaje inicia una nueva biografía en un nuevo ropaje identitario: la mujer en libertad queda suspendida y nace una nueva mujer encarcelada cuya identidad es totalmente institucionalizada, Segato (2003).

Según Foucault (1987), la prisión es un aparato disciplinario exhaustivo y omnidisciplinario donde todos los procesos que se encuentran en los otros dispositivos disciplinarios ocurren con más fuerza e intensidad. La prisión ejerce una disciplina despótica y un poder casi total de represión y de castigo sobre los internos.

Ordoñez (2005), explica que sobre las mujeres encarceladas se procesan rompimientos y privaciones todavía más dolorosas que en los hombres ya que además de cumplir solas su condena son dejadas en el olvido por parte de sus familias y compañeros. Las mujeres presas pierden más regalías afectivas que los hombres debido a la pérdida de su papel de madres, de miembros de una familia (hermana, tía, sobrina) y de esposas o compañeras. Contrariamente, los hombres presos, no pierden esos papeles porque cumplen la sentencia siendo visitados y cuidados por las mujeres y los hijos que tenían antes de entrar o que tiene durante el periodo de privación de libertad.

## **5.2. Marco Conceptual**

Actualmente, la población reclusa colombiana es poco estudiada en términos de los síntomas que pueden generar la estadía en prisión. Por tanto, se abordará los efectos psicológicos que evalúan la prueba y adicionalmente como ciertos trastornos clínicos aumentan la gravedad de las presas de la cárcel de sandiego en Cartagena de indias D. T y C.

### **Síntomas que se presentan en las reclusas.**

Según el Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R (2002), describe las variables que se midieron para determinar la presencia de sintomatología psicopatológica como la somatización, que comprende doce síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal. Incluye síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los síntomas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular. Constituye el grueso de las manifestaciones psicósomáticas o funcionales, aunque es preciso tener en cuenta que también puede reflejar una patología médica subyacente. Siguiendo, con la obsesión compulsión comprende la descripción de conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas. En cuanto a la sensibilidad personal, se recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales. Por tanto, la depresión recoge signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos. Incluye vivencias disforicas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y

otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos. Sin embargo, para una mentalidad clínica práctica parece extraño que falten algunos síntomas importantes del espectro depresivo, como las alteraciones del sueño o del apetito. Ello se debe a que, al aplicar los métodos estadísticos de análisis factorial a la categorización dimensional, Derogatis demostró que algunos síntomas pueden incluirse en varias dimensiones, por lo que se decidió agruparlos en otra categoría, la de “síntomas misceláneos” como otros síntomas agrupados. La ansiedad, representan manifestaciones clínicas de la ansiedad tanto generalizada como aguda, incluye también signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicosomáticas. Por su parte, la hostilidad alude a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento. La ansiedad fóbica, es entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida, Sin embargo, están más representados y tienen mayor peso en esta dimensión los síntomas relacionados con agorafobia y fobia social que los típicos de fobia simple. La ideación paranoide, recoge distintos aspectos de la conducta paranoide considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación. Incluye características propias del pensamiento proyectivo, como suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control. El psicoticismo, configura un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leves hasta la psicosis florida. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alineación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

De acuerdo a lo anterior, la ansiedad la depresión la hostilidad obsesión compulsión las fobias ideas paranoides y el psicotisismo son manifestaciones que a diario las reclusas experimentan. Siendo la ansiedad una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones, en este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica según lo descrito en el DSM-IV mientras que la RAE la define como un estado de agitación inquietud o zozobra del ánimo por lo tanto Benito, M. Simón. Sánchez. A, y Matachana (s.f) definen la ansiedad como aquellos que además de ser una respuesta emocional al estrés puede ser una reacción emocional de alerta ante una amenaza que pueda originarse sin agentes estresantes.

También, la Real Academia Española define la depresión como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos. Por consiguiente la organización mundial de la salud explica que es un trastorno normal frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer sentimientos de culpa o falta de autoestima trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, y falta de concentración. Puede llegar hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Con respecto a la hostilidad, Spielberger (1983) con nota con conjunto de actitudes negativas complejas, que motivan conductas agresivas dirigidas a una meta, normalmente la destrucción o el daño físico de objetos o personas. Por lo cual, se trata de un componente

cognitivo y evaluativo que se manifiesta en un juicio de favorable o negativo del otro, sobre el que se muestra desprecio o enojo según Berkowitz (1996) por su parte Manolete (2008) concluye que la hostilidad es una reacción emotiva que involucra sentimientos de cólera y a su vez mantiene una relación actitudinal que la hace un patrón de conducta dirigida hacia la violencia.

Siguiendo Pollit (1956) define la obsesión compulsión como ideas, pensamientos, imágenes, sentimientos o movimientos que se acompañan de una compulsión subjetiva y el deseo de resistirse a ella ya que el individuo la considera como algo externo a l causado por la anormalidad en que ha caído.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría, la obsesión compulsión es un trastorno el cual en su manual diagnostico DSM5 es dividido en obsesión y compulsión. Este manual define la obsesión como pensamientos, impulsos o imágenes no deseadas, recurrentes y persistentes que en la mayoría de los sujetos causan cierto malestar .a su vez, define la compulsión como comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión, se afirma que estos comportamientos o actos mentales buscan prevenir o en su efecto disminuir la ansiedad, el malestar o evitar una situación temida.

En lo relativo al término psicoticismo, fue introducido por Eysenck en el año 1985 según Herrera (2009) por el cual es determinada una categoría o dimensión de personalidad. Dimensión en la que se manifiestan una expresión extraña de las emociones y de las conductas. El individuo con esta dimensión no sigue la lógica habitual, no tiene encuentra normas sociales o el sentido común si no que tiende a salirse de las normas establecidas. Por

lo tanto, en la guía de consulta de los criterios diagnósticos del dsm5 aparece el término trastorno psicótico breve, en el cual se presentan alucinaciones y delirios.

Mientras que Kraepelin (1889) define la paranoia como una enfermedad de creencias delirantes en las cuales no se presenta el deterioro típico de la demencia precoz.

### **Afectaciones Psicológicas debido al encarcelamiento.**

Entre otra referencias, es importante destacar el artículo titulado las características del comportamiento suicida en Colombia (2014), el cual señala que la etapa inicial del encarcelamiento es el lapso de mayor riesgo ( 1 a 5 meses) en la aparición del intento suicida lo que podría explicarse a partir del desajuste afectivo y emocional que fragmenta la vida habitual del interno, en cuanto a sus relaciones interpersonales e intrapersonales, donde hay ausencia de comunicación positiva, y se evidencia el estrés moral y la tensión psicológica dicho por la OMS (2000).

Algunos autores relacionan el ingreso de la persona a la cárcel con alteraciones en la salud mental por las cuales empiezan a presentar depresión además de otros trastornos como: episodios depresivos recurrentes, psicóticos, de ansiedad y de la personalidad (Lohner & Konrad, 2007; Swogger, Conner, Meldrum & Caine, 2009). Por lo tanto, se entiende que el delito es aquella conducta que alcanza implicaciones jurídicas al cumplir con los preceptos de tipicidad, antijurídica y culpabilidad según la (ley 599 del 2000). Por lo anterior la dirección de salud mental del ministerio de salud de Perú y la dirección regional de lima del instituto nacional penitenciario (IMPE) en el que se mencionan los episodios depresivos y los trastornos de ansiedad generalizada como los problemas de salud mental más comunes

entre las personas reclusas en las cárceles, sumados a los trastornos depresivos recurrentes, trastornos psicóticos, fobia social y trastornos de pánico (peru.com 2013). Binswanger, Merrill, White & Elmore (2010), plantearon que los trastornos psicológicos / psiquiátricos más frecuentes en la población penitenciaria son el abuso de sustancias, los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Por otro lado, Franke, Neef & Maier (2003) plantean que los trastornos que implican adicciones en general son signos de vulnerabilidad que están relacionados a otros trastornos manifestaciones psicopatológicas. También, en el medio penitenciario la conducta suicida se ha relacionado con los trastornos de personalidad, según lo mencionado por Negredo, Me-lis & Herrero (2010), el componente compulsivo, el trastorno límite de la personalidad y en el trastorno antisocial de la personalidad, puede llegar a hacer una aproximación a la comprensión y explicación de la conducta suicida.

Sin embargo, para Colombia no es ajeno, de acuerdo con lo anunciado a través con los resultados de la encuesta nacional de salud mental en el año 2013, según la cual el 12.3% de los colombianos han tenido ideaciones suicidas, el 4.1% han realizado planes y el 4.9% han hecho intentos suicidas según el Ministerio de la Protección Social (2004).

Así mismo, el estar privado de la libertad, en celdas de aislamiento, produce angustia psicológica, por lo cual se ocasionan problemas que perjudican los lazos interpersonales e intrapersonales del sujeto (Nizama, 2011; Negredo, Melis & Herrero, 2010). Visto que el género femenino presenta mayores tasas de ideación suicida e intentos de suicidio, pues las mujeres emplean para ello, métodos como intoxicación o sobreingesta de agentes químicos, o se realizan cisuras con elementos cortopunsantes; esto a diferencia del género masculino, ya que en la mayoría de los casos los hombres cometen suicidios consumados, porque los

métodos que emplean son más efectivos, tales como el arqueamiento y las armas de fuego (Menezes, Tedesco, 2008).

Y en referencia a las relaciones sentimentales o de parejas, específicamente, cuando se experimenta sentimiento de pérdida o ruptura, estas se convierten en un factor de riesgo crucial en el sentido de que llegan a fragmentar la vida de los sujetos, pues comienzan a desatar en éstos, conflictos internos que llevan en últimas, a atentar contra su propia vida (Nizama, 2011; Ne-gredo, Melis & Herrero 2010). Como lo estipulan (García - de-Jalón & Peralta, 2002), el estado civil influye en la ejecución de este tipo de comportamientos; E.G, ellos encontraron que se presentan mayores conductas suicidas en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudas; por esto, la OMS (2007) resume de este modo, los factores de riesgos más significativos de la conducta suicida en esta población: (A) factores personales, donde intervienen aquellas variables que hacen a los sujetos vulnerables a este comportamiento, E.G, el abuso de drogas o tener algún trastorno mental; (B) factores externos, relacionados con la tensión psicológica que genera el medio penitenciario, el síndrome de abstinencia, la falta de apoyo familiar y de la relación de pareja, y (C) factores situacionales, que los constituye en el periodo de seguridad y el cumplimiento íntegro y efectivo de las condenas. En contraste, la asociación internacional para la prevención del suicidio (IASP, 2007) habla también de los diferentes factores protectores que reducen el suicidio, entre los cuales señala el apoyo de las familias, amigos, y otras personas importantes, las creencias religiosas, culturales y étnicas, la participación sana y activa en la nueva comunidad, llevar una vida social satisfactoria a través de la integración social, el uso constructivo del tiempo libre, habilidades efectivas para resolver problemas y tener un propósito general de vida; esto tiene relación con lo estipulado en la resolución 7302 del

2005, donde se establece que el interno debe recibir una atención integral, en la cual él obtenga servicios esenciales para el bienestar del mismo, durante el tiempo de reclusión. Ya que el encarcelamiento puede presentar una pérdida de libertad, de apoyo social y familiar, miedo a la violencia física o sexual, incertidumbre respecto al futuro, culpabilidad por el delito cometido, estrés derivado de las restrictivas condiciones ambientales, y finalmente, un deterioro físico y emocional, según la OMS (2000).

En Colombia, Ruiz, Gomes, Landazabal, Morales, Sanchez&Paez (2000) llevaron a cabo un estudio en 5 prisiones de Bogotá, con una muestra de 416 sujetos, sobre el Riesgo de Suicidio en prisión y factores asociados a este fenómeno. En los resultados se evidencia que en la media de edad de los internos e internas que participaron fue de 30,11 años. Además plantean que el tiempo de condena, podría convertirse en un factor de riesgo de suicidio, y así mismo, cuando hay presente de antecedentes médicos, como enfermedades físicas y dificultades sexuales, sobre todo en aquellos más jóvenes y los que no logran adaptarse a las normas intramurales. Otro estudio, realizado por Mojica, Sáenz (2009), buscó evaluar la relación entre el riesgo suicida y el grado de desesperanza o el de depresión, y variables sociodemográficas como la edad, el tiempo de condena, el de reclusión, y el número de reclusiones, en una muestra de 95 internos con edades entre 19 y 59 años. Encontraron que la edad, el tiempo de condena, y el de reclusión, no se relacionan con el riesgo suicida, y que la prevalencia de depresión clínica en la muestra, era mayor que de la población general, por lo que es posible afirmar que el riesgo suicida podría predecirse con grado moderado o alto en desesperanza o depresión, o puntuaciones altas en dichas variables.

En consecuencia, se hallan factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio, entre los cuales se destacan: el momento de comunicación de la sentencia condenatoria, la espera

de decisiones judiciales, el consumo de drogas, el no estar vinculado a una actividad productiva que le permita hacer buen uso del tiempo libre, además de la separación de los seres queridos, la muerte o enfermedad de un familiar, trastornos psiquiátricos y el mismo ingreso a la prisión (Fazel, Cartwright, Hawton, 2008).

### **Castigo en el encarcelamiento.**

Por otro lado, el artículo Estado punitivo y control de criminal. Cárceles, prisiones y penitenciarias en Colombia en el siglo XIX (2013), realiza un repaso sobre la historia de la prisión y los castigos que implicaba ingresar a ella. En el que según Foucault (1996) aplicaban correctivos o sanciones como el descuartizamiento, la crucifixión, la lapidación, la mutilación, la exposición pública, los trabajos forzados, la expatriación, el maceramiento, entre otras. Hasta llegar en la modernidad a aplicarse castigos más sofisticados, como la segregación o el aislamiento del delincuente, y es en ese momento cuando presenciamos el nacimiento de la prisión (Foucault, 1996).

Aunque actualmente estos castigos no se evidencian en una cárcel, se puede observar que el simple hecho de aislar al recluso de su cotidianidad trae consecuencias difíciles para aquel que reside en prisión. Entonces, esta misma, surge en sus inicios como un establecimiento destinado a la custodia de los procesados sin generar ningún beneficio y, por el contrario, había que alojarlos y alimentarlos, lo que resultaba de alguna manera costoso, por lo que se buscaron otras formas de tratamiento de los penados, como la esclavitud, el maltrato físico, la mutilación y la muerte (Peña, 1997, p.651). La prisión como hoy la conocemos aparece relativamente tarde bajo una nueva concepción del delito y de las

penas, y bajo una noción del cuerpo humano como fuente de riqueza, en pleno desarrollo del capitalismo. En Colombia, según Patiño (1994,p.502), las formas de castigo que imperaron en Antioquia entre 1750 y 1820, en 41 casos de homicidio estudiados, fueron la pena de muerte, los azotes, la prisión, el presidio, el destierro, el trabajo en obras públicas y el ejercicio del oficio verdugo. Finalmente, el presidio de Cartagena, una institución militar del gobierno colonial, utilizada para aplicar el máximo castigo, que consistía en la pérdida de la libertad absoluta para criminales peligrosos merecedores de largas condenas, fue en principio adoptado por un gobierno republicano que era consciente de que no era la solución para reprimir la delincuencia local y regional.

Por último, Trickett (2009) dice en su libro "Supera la ansiedad y la depresión" que la depresión es una enfermedad de los sentimientos. Pasa de una reacción excesiva a una tristeza normal, pasando por un sentimiento gris vacío que llega al punto en que la gente tiende a desesperarse.

### **5.3 Marco Legal**

Primeramente se resaltaré el concepto de daño, haciendo énfasis en la importancia de esta investigación

De acuerdo con la Ley 1257 de 2008 (pág. 1) en el artículo 3 de la Unidad Para las Víctimas, que hace énfasis en el concepto de daño contra la mujer, especificando que el daño psicológico es una consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la

autodeterminación o el desarrollo personal. También es mencionado el daño o sufrimiento físico, como un riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona. Continuando con el daño o sufrimiento sexual, considerando que hay consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexual, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas. Por último, se explica el daño patrimonial como una pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer.

La ley 294 de 1996 del Congreso de Colombia (1996;pag.1), por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar, con respecto a las medidas de protección establecidas en el título II, el artículo 4 establece que toda persona que en el contexto de una familia sea víctima de daño físico o psíquico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, podrá, sin perjuicio de las denuncias penales a que hubiere lugar, pedir al juez de familia o promiscuo de familia, promiscuo municipal o civil municipal, si faltare el de familia, una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, maltrato o agresión o evite que ésta se realice cuando fuere inminente. Siguiendo, el título IV, asistencia a las víctimas del maltrato de la presente ley, el artículo 20 hace referencia a que las autoridades de Policía prestarán a la víctima de maltrato

intrafamiliar toda la ayuda necesaria para impedir la repetición de esos hechos, remediar las secuelas físicas y psicológicas que se hubieren ocasionado y evitar retaliaciones por tales actos. En especial tomarán las siguientes medidas: conducir inmediatamente a la víctima hasta el centro asistencial más cercano, aunque las lesiones no fueren visibles; acompañar a la víctima hasta un lugar seguro o hasta su hogar para el retiro de las pertenencias personales, en caso de considerarse necesario para la seguridad de aquella; asesorar a la víctima en la preservación de las pruebas de los actos de violencia, y de suministrarle la información pertinente sobre los derechos de la víctima y sobre los servicios gubernamentales y privados disponibles para las víctimas del maltrato intrafamiliar.

Por otra parte, el autor Marianetti (1997) menciona una sentencia del Tribunal Supremo Español del 13/6/69, se lo interpreta como toda alteración de la salud o enfermedad, tenga o no origen traumático.

Siguiendo la ley 65 de 1993 del Código Penitenciario y Carcelario (pág. 4), el artículo 24 en el que explica que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos son los destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial. Estos establecimientos tienen carácter asistencial y pueden especializarse en tratamiento psiquiátrico y de drogadicción y harán parte del subsector oficial del sector salud. El Gobierno Nacional en el término no mayor de cinco años incorporará al Sistema Nacional de Salud, el tratamiento psiquiátrico de los inimputables, para lo cual éste deberá construir las instalaciones y proveer los medios humanos y materiales necesarios para su correcto funcionamiento. Durante el mismo plazo desaparecerán los anexos o pabellones psiquiátricos de los establecimientos carcelarios y su función será asumida por los establecimientos especializados del Sistema

Nacional de Salud. Mientras se produce la incorporación ordenada en el presente artículo, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario organizará una dependencia especializada para la administración y control de los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos y podrá contratar con entes especializados del Sistema Nacional de Salud el tratamiento de los inimputables.

Sin embargo, en el artículo 68 de la ley 65 de 1993 del Código Penitenciario y Carcelario (pág. 14) indica que la Dirección General del INPEC fijará las políticas y planes de provisión alimentaria que podrá ser por administración directa o por contratos con particulares. Los alimentos deben ser de tal calidad y cantidad que aseguren la suficiente y balanceada nutrición de los reclusos. La alimentación será suministrada en buenas condiciones de higiene y presentación. Los internos comerán sentados en mesas decentemente dispuestas. La prescripción médica, la naturaleza del trabajo, el clima y hasta donde sea posible, las convicciones del interno, se tendrán en cuenta para casos especiales de alimentación.

Por último, un importante artículo que muy poco se cumple en la sociedad carcelaria como es el artículo 38 de la Ley 65 de 1993 (pág. 8) que hace énfasis, en el ingreso y formación como requisito para ejercer funciones de custodia y vigilancia penitenciaria y carcelaria, es necesario haber aprobado los cursos de formación y capacitación, que para este efecto dictará la Escuela Penitenciaria Nacional. Para desempeñar el cargo de director de cárcel o penitenciaría se requerirá título universitario, en áreas que incluyan conocimientos en materias criminológicas, penales, carcelarias, de seguridad o derechos humanos. Además adelantará el curso que organice la Escuela Penitenciaria Nacional que una vez aprobado, permitirá el ingreso al servicio mas no a la carrera penitenciaria, la cual será regida por

normas especiales que para el efecto se dicten. El personal que preste sus servicios en el INPEC, sólo podrá pertenecer a la carrera penitenciaria, previo el cumplimiento de los requisitos que se establezcan. Ningún funcionario exceptuando el director del INPEC podrá desempeñar sus funciones sin que previamente haya recibido instrucción específica. Mientras se adelanta esta capacitación, el nombramiento será de carácter interino, situación ésta que, en todo caso, no podrá exceder el término de seis (6) meses.

## **6. MARCO METODOLÓGICO**

### **6.1 Enfoque**

El enfoque que se utilizó en la presente investigación fue el cuantitativo, el que según Sampieri (2004), se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que busca formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas.

Por lo que, primeramente se buscó una problemática social en el sistema penitenciario y posteriormente justificarla con otros estudios realizados en Colombia y a nivel internacional que evidenciara el problema de salud mental que se generan en el sujeto estudiado cuando se encuentra en condición de prisionero, teniendo en cuenta que la investigación fue direccionada en base a las reclusas de la cárcel de San Diego de Cartagena de Indias D. T y C.

### **6.2 Tipo De Investigación**

Es de tipo descriptivo porque, según Sampieri y otros (1994). Muy frecuentemente el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así especificar los resultados obtenidos en la investigación.

Haciendo referencia a este estudio , se evaluaron situaciones dramáticas que afectaron al sujeto antes de ingresar a prisión teniendo en cuenta, el núcleo familiar, el estrato, entre otros evidenciados en el (anexo 2) que permiten inferir a cerca de las vivencias de las reclusas.

### **6.3 Diseño**

Su diseño está basado por el *No experimental*, teniendo en cuenta que este tipo de investigación se realiza sin manipular deliberadamente variables independientes. Lo que se hace en la investigación no experimental, es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señala Kerlinger (1979), la investigación no experimental es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones.

Por tanto, esta investigación tiene variables que se acomodan a las experiencias y a las condiciones de vida de las reclusas, las cuales no pueden ser manipuladas teniendo en cuenta que, cada dato es un aporte fundamental a la investigación y otros estudios. Recordando que, es el único centro penitencia de mujeres actualmente en la ciudad de Cartagena de Indias D.T y C.

### **6.4 Población**

La población de referencia del presente estudio estuvo conformada por las mujeres reclusas de la Cárcel De San Diego de la ciudad de Cartagena de indias.

## **6.5 Muestra**

Se extrajo una muestra no probabilística, ya que las internas decidieron participar en la investigación de forma voluntaria.

Esta investigación fue desarrollada como estudio de casos múltiples. Teniendo en cuenta el argumento de Yin (1994), los estudios de casos se realizan con el propósito de comprender fenómenos sociales complejos. Este autor plantea que en el estudio de casos es recomendable emplear cuando no hay capacidad de manipular los fenómenos a estudiar, a su vez recomienda usar cuando se va a estudiar fenómenos contemporáneos.

Los diseños de investigación de casos múltiples, permiten al investigador desarrollar y construir teoría, pudiendo a diferencia de otros diseños dentro de la investigación cualitativa como el de la Grounded Theory, de Glasser y Strauss (1967) en caso de ser necesario, tomar como punto de partida la guía de un marco conceptual y teórico determinado, o bien a diferencia de la etnografía, realizar recortes específicos de la realidad, para su abordaje (Creswell, 1998). Este tipo de estudios se apoyan en la lógica de la replicación y de la comparación de sus hallazgos y resultados (Lijphart, 1971). De esta manera, a partir de un número limitado de casos seleccionados en función del propósito de la investigación, se da cuenta de las complejidades presentes y pueden obtenerse conclusiones de forma deductiva o bien desarrollar generalizaciones inductivas.

Por lo tanto, a partir de los instrumentos utilizados y la poca información facilitada a través de las pruebas realizadas véase (anexo 12.1) y (anexo 12.2), se infieren la presencia de situaciones traumáticas vividas por las reclusas debido al poco contacto que se les permitió

estar con los investigadores. Teniendo en cuenta que el sistema penitencia no permite abordar ampliamente las historias de vida de las reclusas.

## **6.6 Instrumentos**

En este estudio los instrumentos que se utilizaron son; una encuesta demográfica de aproximadamente 15 preguntas (ver anexo 12.1 ) , la cual, mide la edad de la población estudiada, el estrato social al que pertenece cada una de ellas, su nivel educativo estudiado, si tienen hijo y si son visitadas o no entre otras variables que son fundamentales para determinar situaciones traumáticas vividas anteriormente y que pueden complementar una alteración en la salud mental cuando ingresa la reclusas al sistema penal.

La prueba SCL-90-R, su autor es L. R. Derogatis (ver anexo 12.2), su aplicación es individual o colectiva con una duración de aproximadamente 12 a 15 minutos, es precedente de Minnesota, Estados Unidos y es aplicable a personas de 13 años de edad en adelante. Esta prueba mide aspectos psicológicos como la ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica, psicoticismo e ideas paranoides. La cual es fundamental para determinar la presencia de síntomas psicopatológicos en las reclusas para así, argumentar el riesgo de la población reclusa a cerca de la salud mental.

## **7. PROCEDIMIENTOS**

### **7.1 Factores éticos y Bioéticos**

De acuerdo al Código de ética Profesional del Psicólogo, en los procesos de investigación según la Federación Colombiana de Psicología (2008), se plantea que el psicólogo al planear y llevar a cabo investigación científica con participantes humanos o no humanos, debe basarse en los principios éticos de respeto y dignidad, y resguardar el bienestar y los derechos de los participantes. Las leyes y los códigos éticos deben respetarse. En último término el investigador es el juez definitivo de su propia conducta. La responsabilidad recae siempre sobre el investigador.

Es preciso ser honestos. Esto incluye describir los hallazgos científicos tal como se encontraron. Evitar el fraude, la descripción sesgada de los hallazgos y ocultar información científica que contradiga los resultados. Hay que reconocer la fuente y el origen de las ideas. Se toman de otros investigadores, de estudiantes y/o de colegas y se debe reconocer dicho origen. No se debe proclamar prioridad sobre una idea científica que no le pertenece al investigador. A los coautores, colaboradores y asistentes se les debe dar el debido reconocimiento.

El plagio y la copia de resultados científicos se deben evitar a toda costa. Al trabajar con participantes humanos, es necesario que ellos estén informados del propósito de la investigación. Se debe respetar su privacidad. Los participantes tienen derecho a ser protegidos de daño físico y psicológico y a ser tratados con respeto y dignidad.

El participante humano puede elegir si participa o no en la investigación o si se retira en cualquier momento, sin recibir ninguna consecuencia negativa por negarse a participar o por retirarse de la investigación.

El participante humano tiene derecho al anonimato cuando se reporten los resultados y a que se protejan los registros obtenidos.

El consentimiento informado deben firmarlo los participantes en la investigación. Se les debe decir en qué consiste la investigación, por qué se les seleccionó para participar en ella, cuánto tiempo y esfuerzo requerirá su participación. Se les especificará claramente que su participación es completamente voluntaria, que pueden negarse a participar o retirarse de la investigación en cualquier momento sin recibir castigo alguno. Especificar si se va a filmar, grabar o si se les va a observar indirectamente (por ejemplo a través de una ventana con visión unidireccional). En el caso de niños pequeños o de personas con limitaciones severas, el consentimiento informado lo firmará el representante legal del participante. Un Comité de Ética debe evaluar los proyectos de investigación científica que puedan implicar riesgo para los participantes. Es preciso evitar en lo posible el uso del engaño. Este solo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones: (1) que el problema a investigar sea importante, (2) que sólo pueda investigarse utilizando el engaño, y (3) que se garantice que al terminar la investigación se va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación. Al trabajar con sujetos no humanos (animales) se debe garantizar su bienestar. Se debe minimizar el dolor, el trauma, los riesgos de infección, el malestar de los animales, los métodos aversivos. Usar anestesia y analgésicos para tratamientos experimentales que los requieran. A los animales se les debe tratar en la



**Presupuestos.**

Los costos son asumidos por parte de los investigadores desde el tiempo de inicio hasta el transcurso del proceso realizado actualmente.

<b>Materiales</b>	<b>Costos</b>
Papelería	\$ 85.000
Instrumentos	\$ 31.800
Transportes	\$ 282.000
Alimentación	\$ 72.000
<b>Total</b>	<b>\$ 470.800</b>

## 8. RESULTADOS

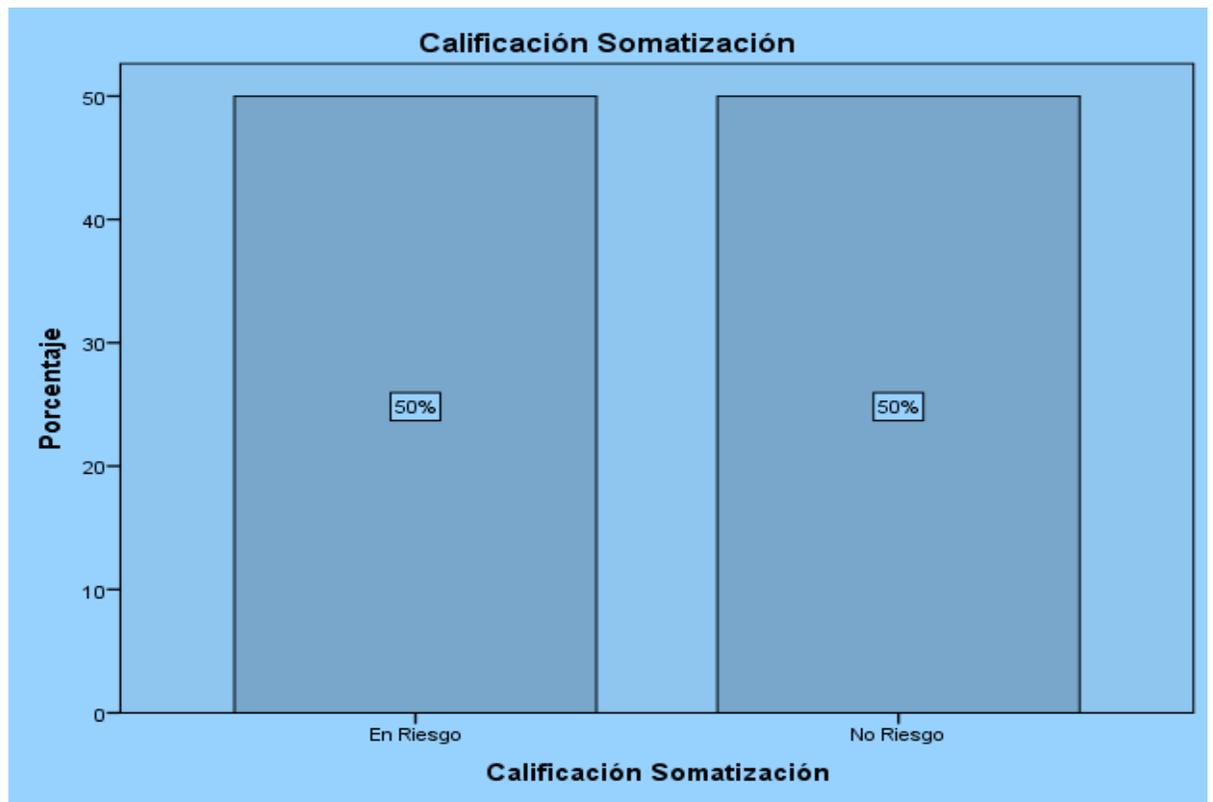
De la encuesta aplicada en la población que se escogida en la presente investigación, mujeres reclusas de la cárcel de San Diego de la ciudad Cartagena de Indias, se eligió un grupo de diez mujeres con edades de 24 a 52 años a las cuales se le aplicó una encuesta demográfica y una prueba que mide sintomatologías psicopatológicas. En su mayoría las mujeres encuestadas presentan ser de estrato social uno (60%), un 20% refleja pertenecer al estrato social dos y otro 20% al estrato social tres, en su escolaridad se observa que un 50% de las encuestadas solo cursaron la primeria en su mayoría incompleta (30%), el otro 50% cursaron la secundaria, un 20% incompleta.

De la población estudiada el 100% tiene hijos y son visitadas con frecuencia por sus familiares y/o amigos, aunque un bajo porcentaje (20%) suele no ser visitado por ninguna persona.

Teniendo en cuenta que tenemos por objetivos específicos: Conocer los daños psicológicos que presentan las mujeres reclusas de la cárcel de San Diego de la ciudad de Cartagena. Identificar en mujeres encarceladas aspectos psicológicos como la ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica, psicoticismo e ideas paranoides. Reconocer los síntomas presentes en cada una de las categorías psicopatológicas presentes en las mujeres reclutas a partir de su estancia en prisión. Se decidió aplicar una prueba que mide estos síntomas, a continuación expondremos los resultados obtenidos según cada escala de medición.

**Tabla 1: Escala de Somatización**

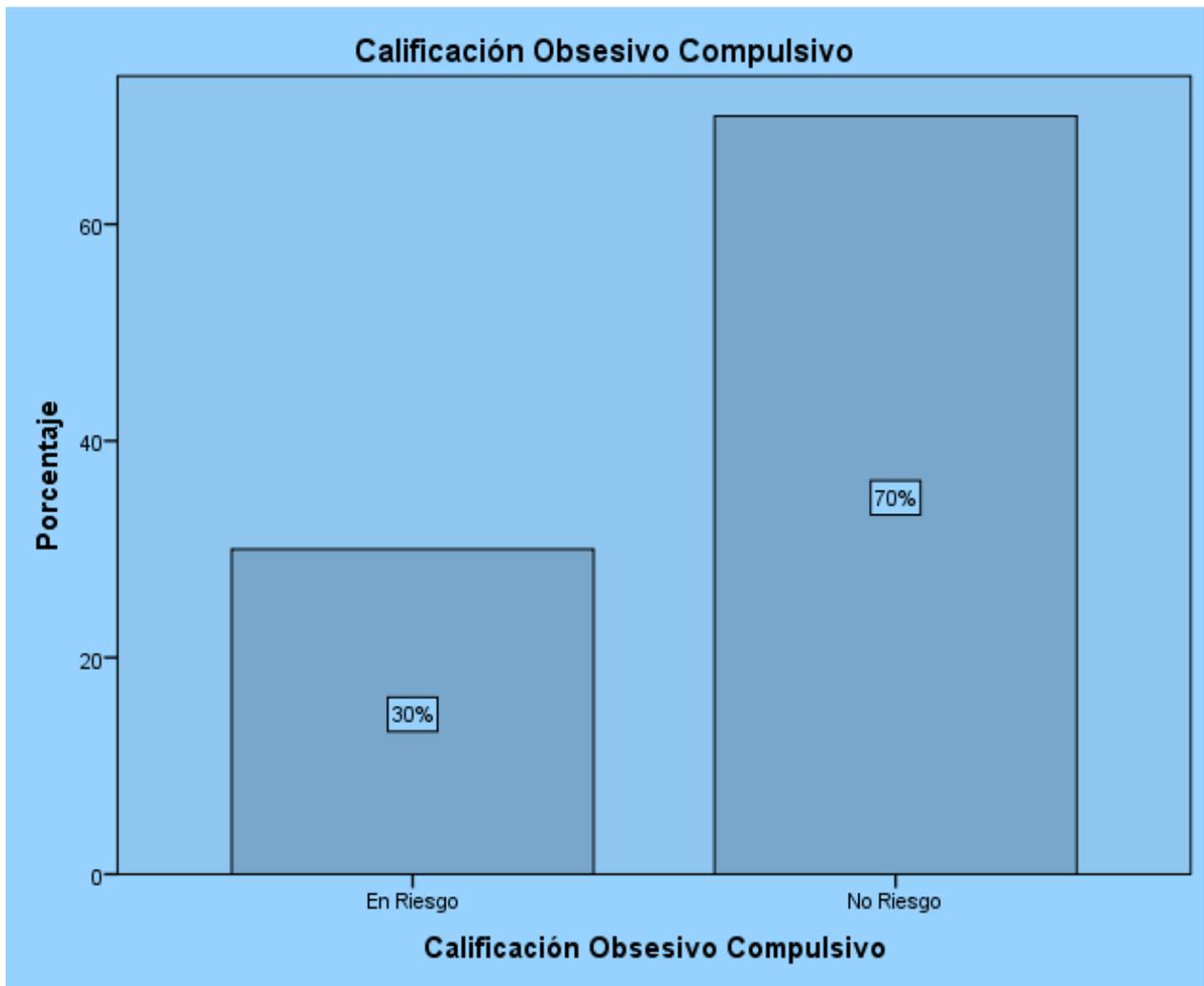
En la escala de somatización se encontró que de 10 internas analizadas, 5 de ellas somatiza sus vivencias presentando disfunciones corporales, las otras 5 no reflejan síntomas de somatización que puedan ser de gran significación. Como se muestra a continuación en la gráfica número 1.



**Gráfico N° 1**

**Tabla 2: Escala Obsesión-compulsión**

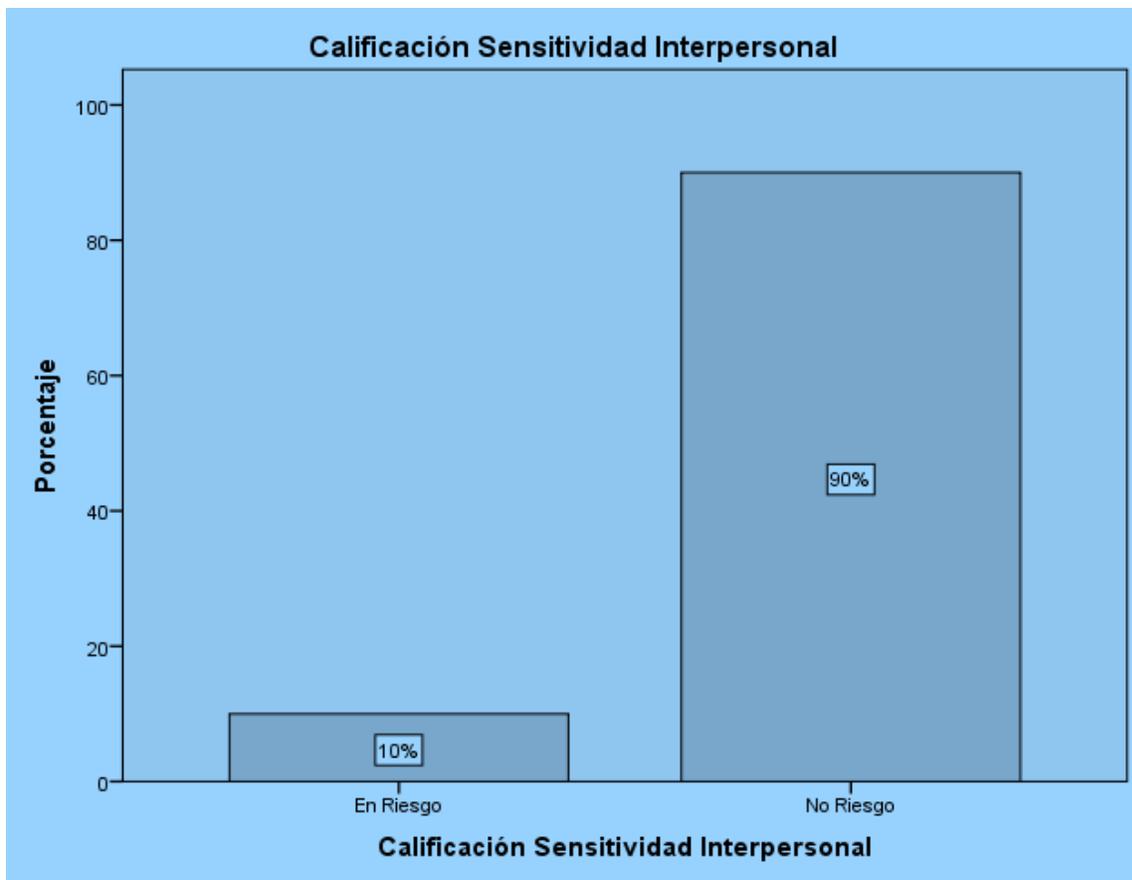
En esta escala se observó que del total de la población, encuestada un tercio de esta, presenta un desplazamiento de sus vivencias del entorno en el que se encuentran en síntomas obsesivo-compulsivos que afectan en gran manera su bienestar. Como se muestra en el grafico número 2.



**Gráfica N°2**

**Tabla 3: Escala Sensibilidad interpersonal**

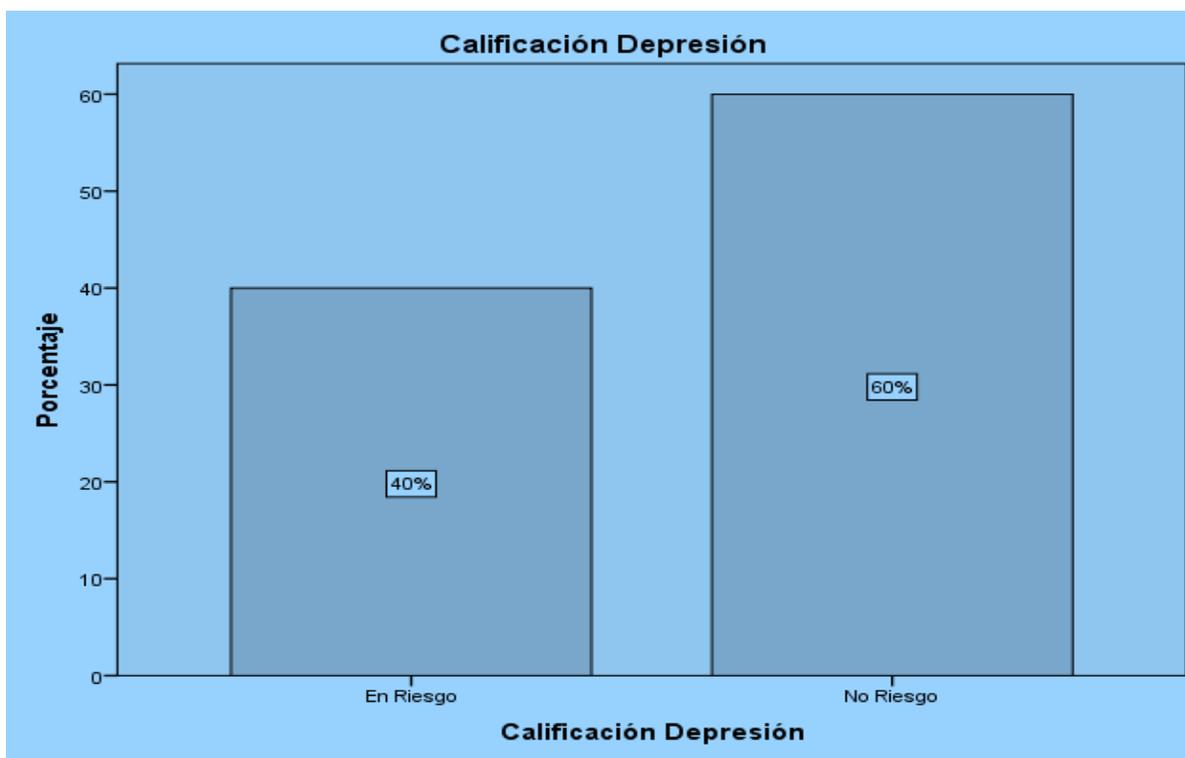
De lo observado en esta escala la mayor parte de las encuestadas no reflejan sensibilidad interpersonal, la minoría si la presenta de lo que podemos inferir que los sentimientos de timidez y vergüenza en esta población carcelaria es mínima, como se muestra en la gráfica número 3.



**Gráfica N°3**

#### Tabla 4: Escala Depresión

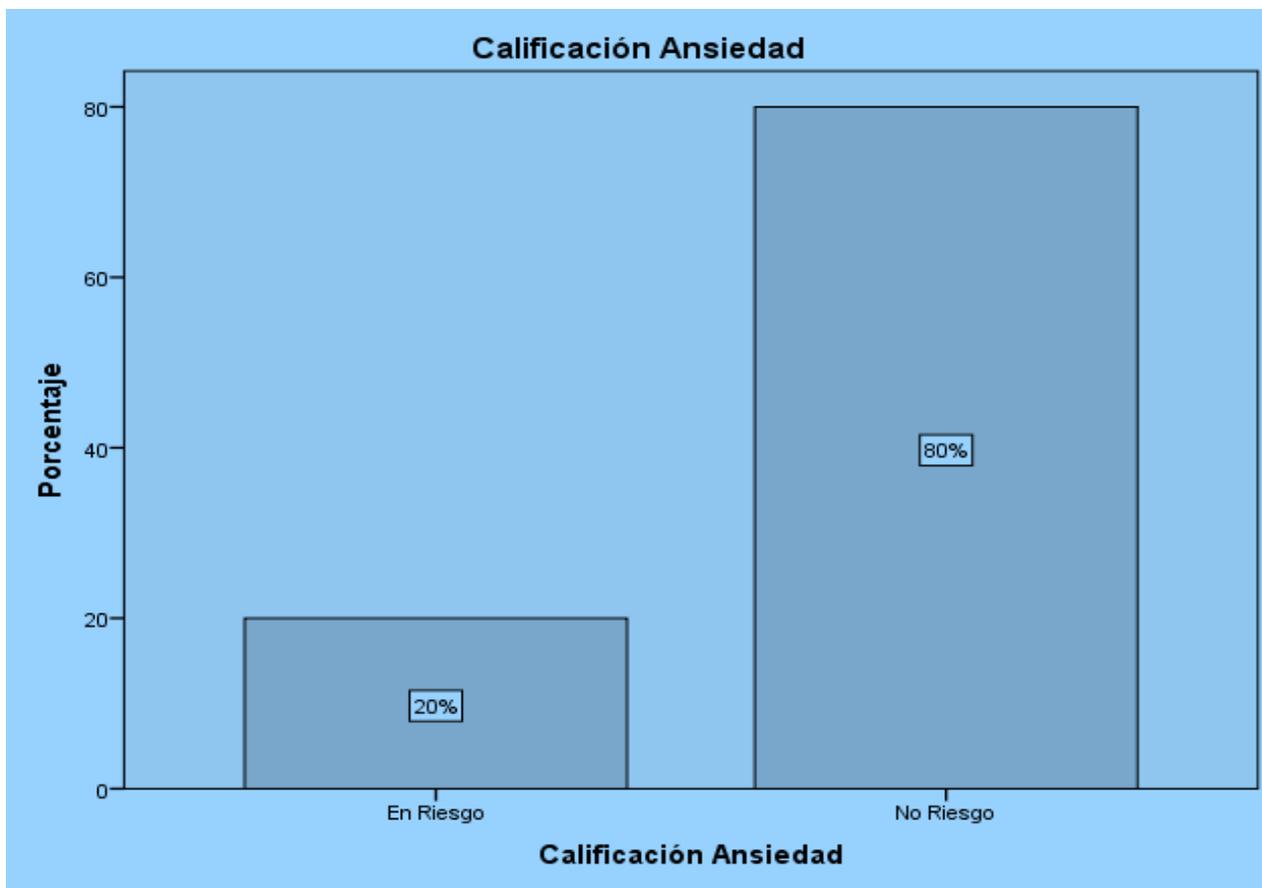
En los resultados obtenidos en la medición de esta escala se advierte que 6 reas no presentan depresión, 4 de las encuestadas presentan cierto grado de depresión. Esto se puede observar en la tabla número 4.



#### Gráfica N°4

#### Tabla 5: Escala Ansiedad

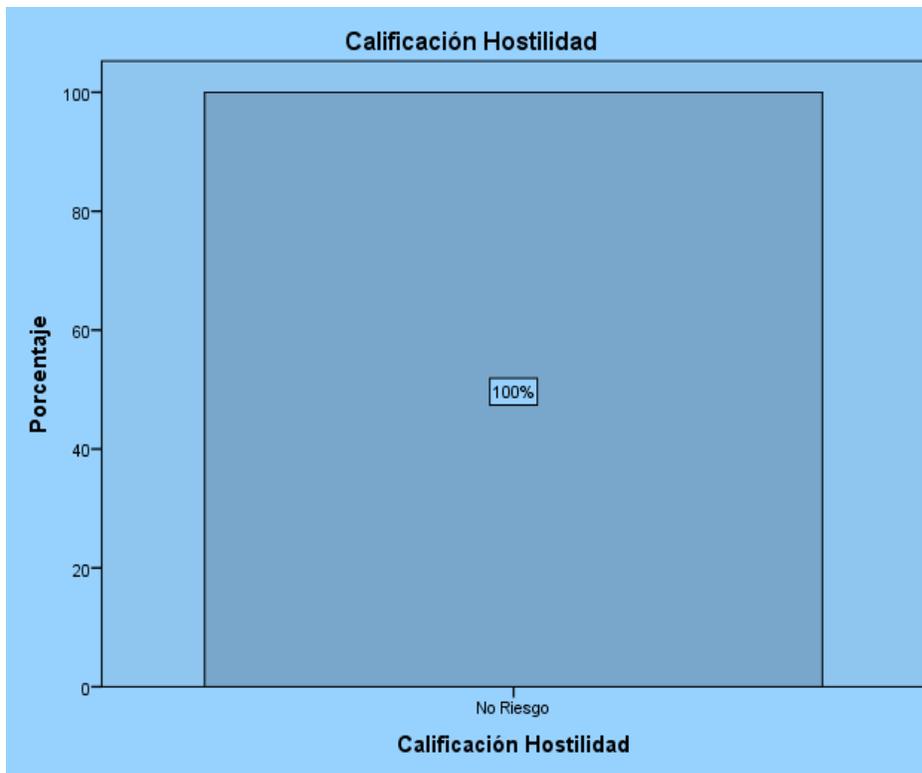
Los datos estudiados en esta escala reflejan que del total de las encuestadas (10), dos presentan alto grado de ansiedad. Como se observa en la gráfica número 5.



**Gráfica N°5**

**Tabla 6: Escala Hostilidad**

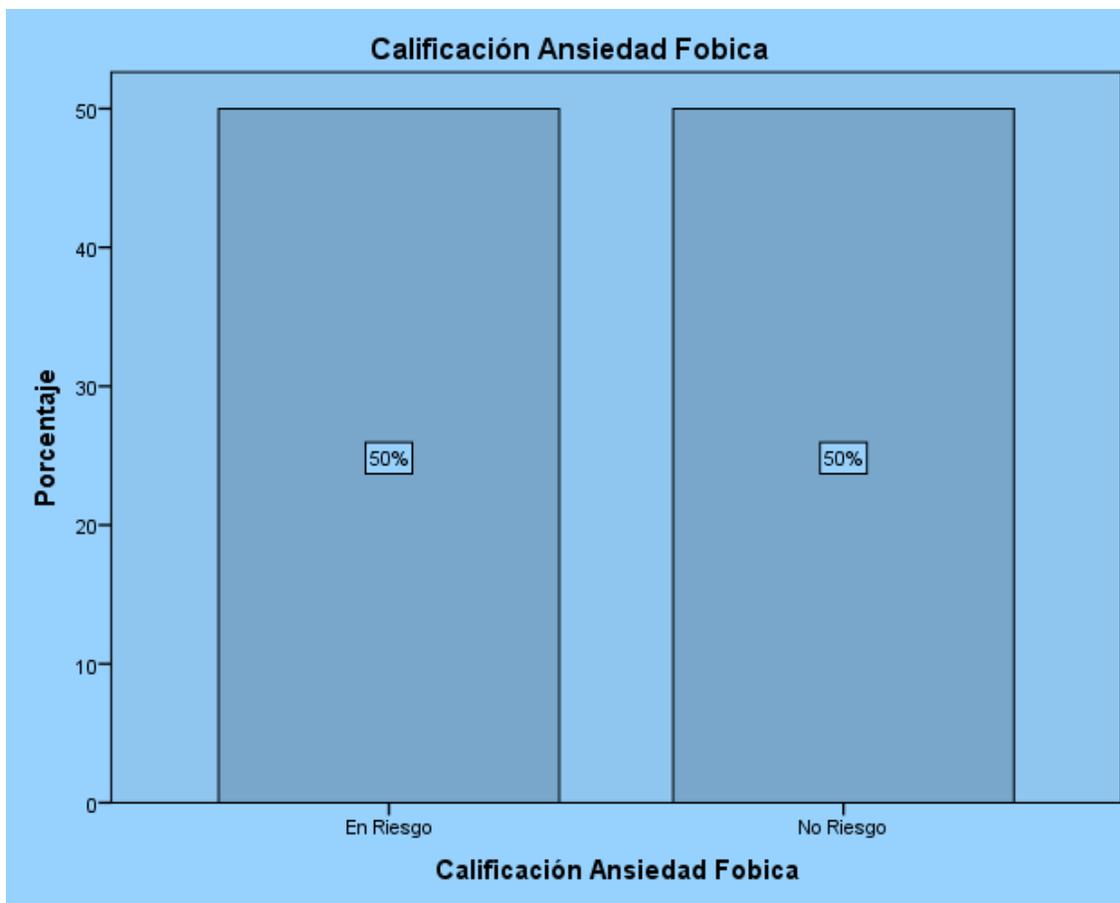
Al examinar los resultados adquiridos de esta escala se presume que del total de las reas estudiadas ninguna de ellas presenta sentimientos ni conductas agresivas durante el tiempo de su estancia en el centro penitenciario. Como se refleja en la gráfica número 6.



**Grafica N°6**

**Tabla 7: Escala Ansiedad Fóbica**

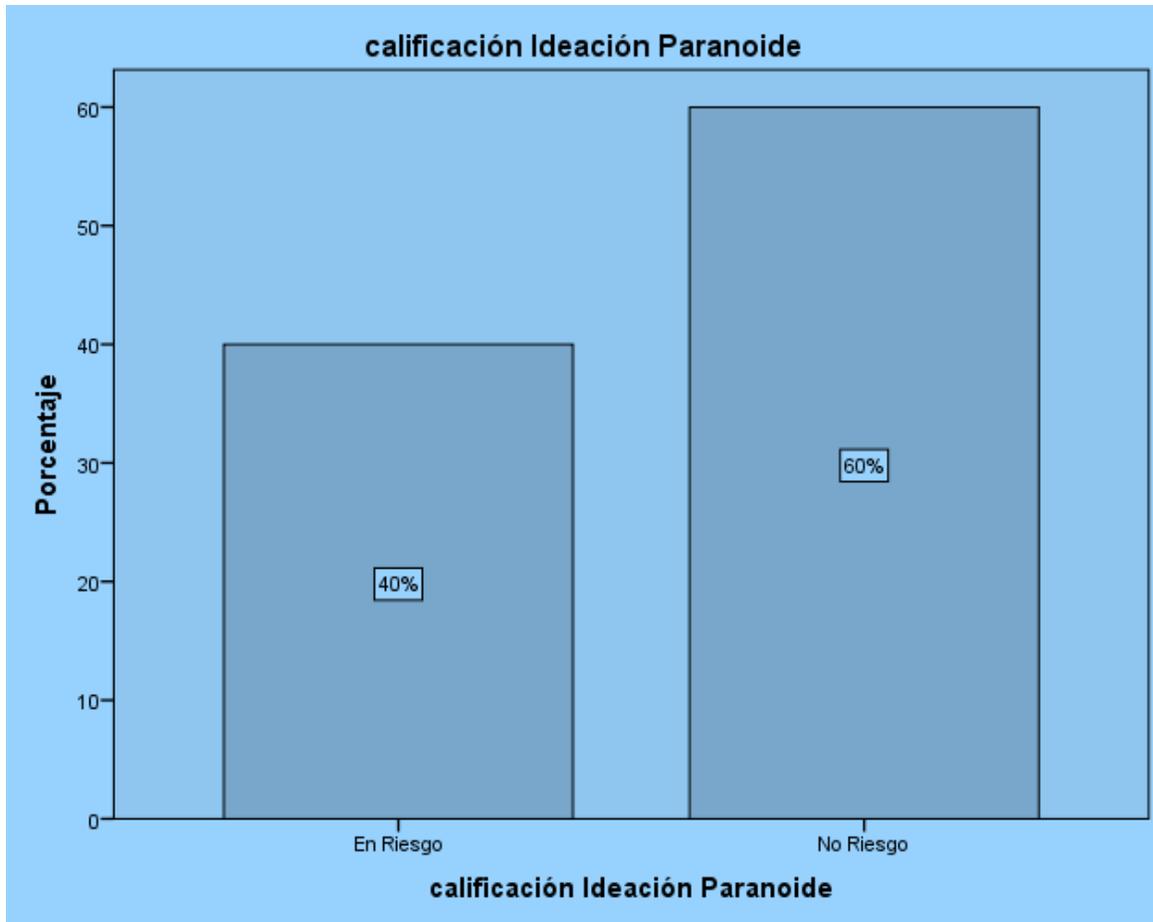
En la escala de ansiedad fóbica se percibe que de 10 reclusas analizadas la mitad presentan ansiedad fóbica, la otra mitad no presentan una sintomatología considerable de ansiedad fóbica.



Gráfica N° 7

**Tabla 8: Escala Ideación Paranoide**

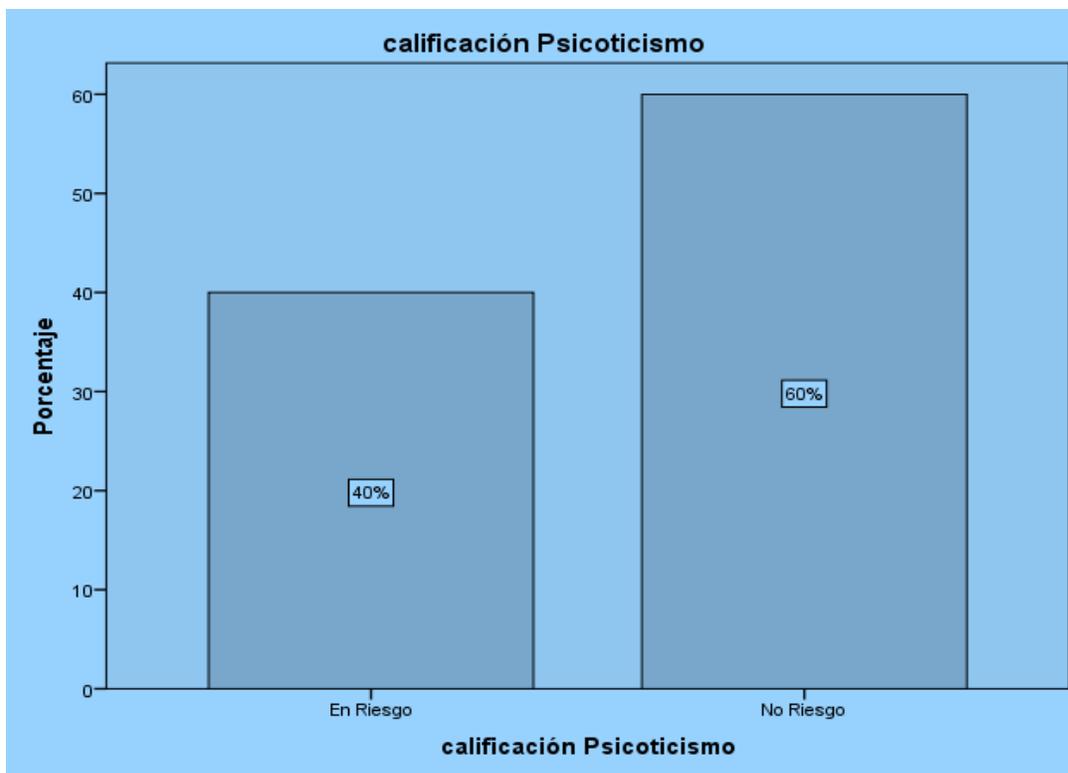
La escala ideación paranoide muestra que de 10 reas encuestadas 4 denotan ideaciones paranoides, 6 de ellas no presentan sintomatologías de conductas paranoides. Como se puede observar en la gráfica número 8.



**Gráfica N°8**

**Tabla 9: Escala Psicoticismo**

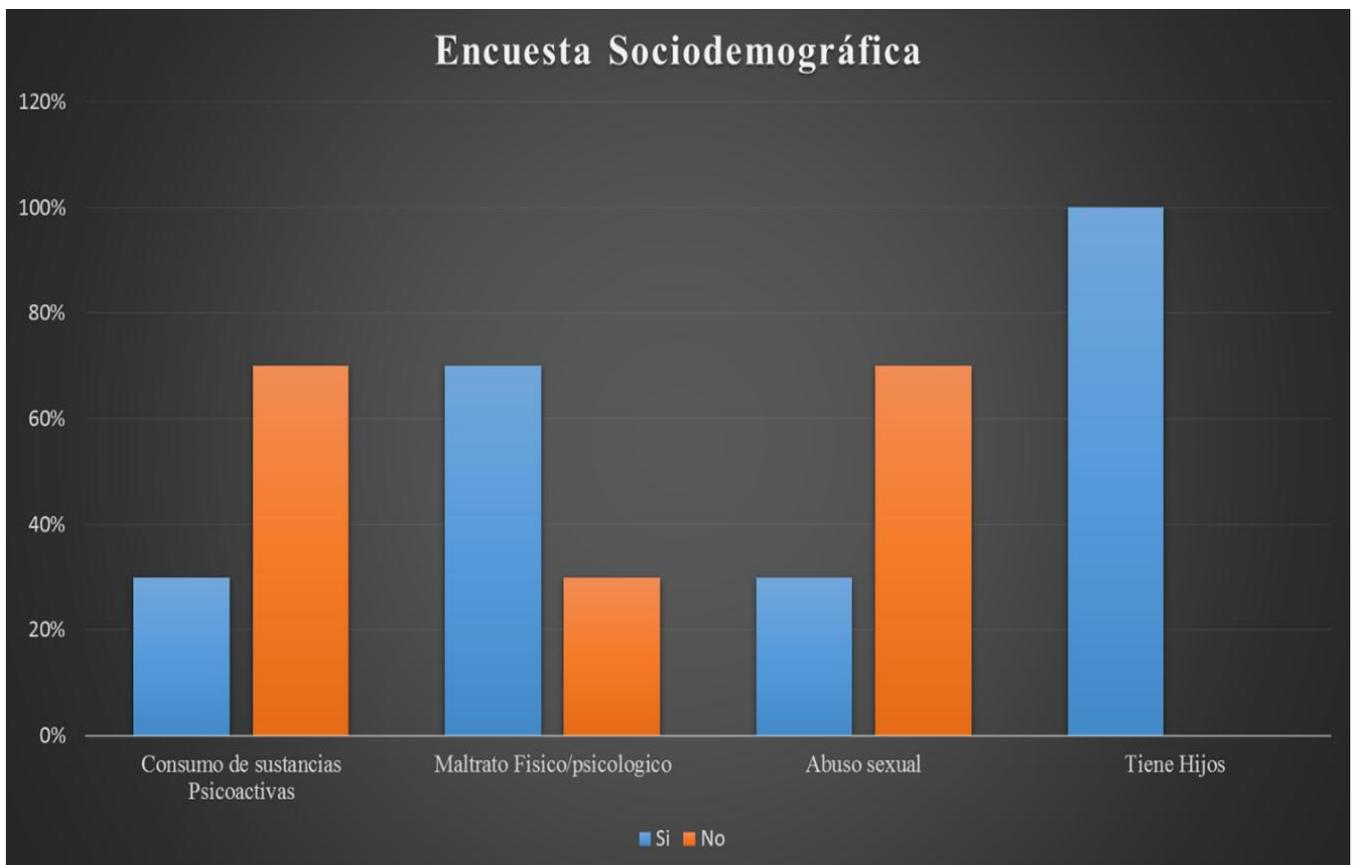
Igual que en la escala anterior esta escala refleja valores iguales, la población examinada muestra que, de 10 analizadas 4 de presentan síntomas psicóticos y 6 de ellas no reflejan sintomatología de psicoticismo. Tal como se muestra en la gráfica número 9.



Gráfica N°9

**Tabla 10: Encuesta sociodemográfica**

Según las variables estudiadas las reclusas presentan un porcentaje del 35% aproximado de consumo de sustancias psicoactivas, alto índice de maltrato psicológico con un 70 %, una cifra importante de abuso sexual con un 30% aproximadamente y por último. Un porcentaje del 100% de las reclusas manifiesta tener hijos.



**Grafica N° 10**

## 9. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados presentados en la investigación se resume que presentan síntomas psicopatológicos y alto índice de maltrato, ansiedad fóbica y somatización como las variables con mayor presencia en las reclusas de la Cárcel de San Diego en Cartagena de Indias D. T y C a lo que Ruiz (2007) argumenta que, las reclusas experimentan malestar psicológico acompañado de miedo y tristeza profunda. Por su parte Valverde (1996) explica que su condición como reclusas y el significado que conlleva estar privado de la libertad representan unas consecuencias somáticas que a su vez generan problemas sensoriales y alteraciones en la imagen personal, lo cual permite el incremento de ansiedad en la reclusa. Según Lewis (2006) mientras hay más riesgo de experimentar hechos traumáticos es más alto en las mujeres.

Por consiguiente, Altamirano (2013) explica que el primer encuentro con el medio penal se produce agentes estresantes principalmente por la falta de proximidad constante con el medio al que pertenecerá durante un tiempo. Por lo tanto, se generan temores asociados a la estadía en la correccional, sin embargo, a las internas se les producen cambios adaptativos repentinos que implican un esfuerzo notorio, para así, no desajustarse emocionalmente. Por el cual, esos factores mencionados por la autora pueden determinar que la reclusa este en vulnerabilidad y sea propensa al consumo de drogas en el que según Sacks y Colaboradores (2009) observaron que el 80% de los reclusos de un centro carcelario estadounidense que obtenía procesos de rehabilitación por consumo de sustancias tenían algún tipo de enfermedad mental, y el 39% de ellos padecía un trastorno mental grave. Siguiendo con el estudio de Zlotnick y Cols (2008) en su estudio encontraron diferencias entre mujeres y hombres en prisión. Según, las mujeres padecían con más frecuencias un trastorno

psiquiátrico crónico y trastornos más severos, especialmente depresión mayor, trastornos de estrés postraumático, trastornos alimenticios y trastorno límite. En los hombres, el trastorno más común fue el trastorno antisocial de la personalidad. Es decir, las mujeres tienen tendencia a presentar más patologías mentales por su situación de encarcelamiento en contraste con los hombres. Por su parte, Herrera (2000) describe las prevalencias de enfermedades mentales en prisión, encontrando diferencias significativas en patologías severas como la psicosis, entre la población penitenciaria y general, así como un aumento importante de problemas adaptativos en prisión, como son los trastornos de personalidad, las toxicomanías y los trastornos de ansiedad. En el que la mayoría de estas patologías mencionadas también fueron encontradas con un porcentaje significativo del 40%, por lo tanto, es importante destacar que ingresar a la cárcel genera una tendencia a desarrollar signos y síntomas de trastornos mentales en cualquiera de los dos géneros, resaltando que en las mujeres son más prolongados o desarrollan más patologías mentales.

Para culminar, según Altamirano (2013) en las mujeres el consumo tiende a estar relacionado con estados de ansiedad y depresión derivados de su exposición previa a situaciones traumáticas o altamente estresantes. El principal motivo detrás del consumo de sustancias psicoactivas en mujeres reclusas se relaciona con haber vivido eventos traumáticos, sobre todo crónicos y de forma previa al encarcelamiento. El consumo de sustancias en ellas tiene una relación con un intento de evadirse de su situación, especialmente en aquellos casos en que la exposición traumática es crónica. Añadir que su estilo de afrontamiento tiende a ser evitativo, lo que no favorece que sus niveles de ansiedad disminuyan. Lo cual, permite inferir que el consumo de sustancias presentados en las mujeres

de la cárcel de San Diego de Cartagena de Indias D. T y C es generada por varios factores importantes, específicamente por el maltrato psicológico que han vivido.

## 10. CONCLUSION

De los datos arrojados en la presente investigación se puede concluir que las reclusas de la cárcel de San Diego presentan síntomas psicopatológicos como la ansiedad fóbica y la somatización en altos índices. Lo cual, justifica que este proyecto aporta un avance científico-estadístico a una de las problemáticas de la población carcelaria que se da en el país.

Sin embargo, cabe resaltar que el abordaje realizado en este estudio es mínimo con respecto a otras variables que influyen a que se presenten síntomas psicopatológicos las cuales no se pudieron investigar por el hacinamiento y por la falta de espacio carcelario para tratar en un espacio determinado las patologías psicológicas y todo lo que involucra el *ser* y la prisión, por lo que se sugiere abordar las creencias religiosas y culturales, el apoyo de familia o de amigos que pueden ser importantes a la hora de mirar las afectaciones desadaptativas de la persona que empieza un tiempo de su vida en la cárcel. Teniendo en cuenta que, parafraseando a Nizama (2011), el hecho de estar vivenciando el encarcelamiento implica que la persona genere sentimientos de culpa y vergüenza, pensamientos negativos, sentimientos de rechazo y soledad, como una carga para la familia que conllevan a un desajuste emocional. Por lo que en un estudio realizado por Zlotnick y Cols (2008) concluye que se debe tener en cuenta estos aspectos para facilitar la adaptación de las mujeres en el momento del encarcelamiento, minimizar los efectos nocivos derivados de su estancia en prisión y también para adecuar el tratamiento penitenciario a sus especiales características.

Mientras que, Altamirano (2013) añade que existen diferencias importantes entre mujeres y hombres, teniendo en cuenta de que ellas informan más altos niveles de sintomatología ansiosa a lo largo de su condena y de mayor preocupación por la separación

de su entorno social, particularmente la familia, y en especial, los hijos. Por lo que el hecho de tener hijos es significativo a la hora de ser un agente aportador de angustia y estrés y más cuando se encuentran en otra ciudad como es el caso de algunas reclusas que participaron en el estudio.

Así mismo, se añade una relación entre el estado civil y la separación por lo que se mira el abandono del hombre hacia la mujer cuando ingresa a la cárcel, en contraste con la mujer que resulta ser leal cuando el hombre ingresa a prisión. Por tanto, esto implica que la mujer entre en estado de depresión. A lo que Altamirano (2013) concluye que los acontecimientos estresantes que suceden fuera de la cárcel y que afectan al individuo mientras se encuentra en prisión, también son significativos. Referenciando a Ruiz (s.f) a lo largo del encarcelamiento otros sucesos ocurridos en el exterior pueden impactar sobre el equilibrio psicológico de los reclusos. Cuando se habla de eventos vitales externos se refiere a aquellos estresores agudos que se producen en el entorno cercano a la persona en el exterior, mientras se está en la cárcel, y que afectaran al individuo de forma más gravosa al no tener control ni poder reaccionar como quisiera frente a dichas circunstancias (fallecimiento de un familiar, pérdida de una casa, problemas de los hijo, etc.)

Finalmente, se mira el propio ingreso en prisión como un acontecimiento traumático en la vida de una persona, al menos, la primera vez que sucede. Las primeras semanas de encarcelamiento hasta que se produce una adecuada adaptación a la prisión, requieren de una especial atención y seguimiento, al ser un periodo caracterizado por un elevado nivel de estrés según lo expuesto Mackenzie y Goodstein (1985) y Porporino & Zamble (1984).

## 11. RECOMENDACIONES

Partiendo de lo investigado recomendamos a las instituciones carcelarias y penitenciarias, específicamente en la Cárcel de San Diego de Cartagena en la que se realizó la investigación: Evaluar los procesos de resocialización usados actualmente, del ambiente creado en dichos lugares y optar por estrategias que vayan en pro de brindar un ambiente saludable para las reclusas, el cual reduzca los síntomas psicopatológicos que presentan. Este debe garantizar un trato digno para la población reclusa; También es importante que se reconozca la necesidad de que los internos sean valorados psicológica y psiquiátricamente de manera regular y cuenten con el apoyo psicológico para mejorar su salud mental; Se requiere intervención en las alteraciones y profesionales aptos para realizar la atención.

Por otro lado por ser un sitio vulnerable debido a los cambios desadaptativos que la persona puede tener a partir del ingreso en prisión, se debe realizar actividades de prevención que ayuden a aislar las enfermedades psiquiátricas como la depresión, la ansiedad y el suicidio.

Por consiguiente, es importante destacar la necesidad de las recaídas en realizar actos delictivos, por lo que se requiere realizar actividades que permitan generarle un ingreso a las reclusas como actualmente se ha hecho con el proyecto “El interno” realizado por Johana Bahamon el cual ha generado herramientas para el cambio de perspectiva en cuanto a la vida laboral.

Siguiendo el proyecto actualmente ejecutado en el según El Universal (2017) es una iniciativa de la Fundación Teatro Interno, es el único restaurante en Cartagena y tal vez el segundo en el mundo, que está dentro de una cárcel. Por lo que esta iniciativa busca generar

entornos carcelarios distintos a los cotidianos para que las reclusas mejoren su calidad de vida.

Es importante sugerir que se aporten más investigaciones o información sobre la situación de encarcelamiento en las mujeres, ya que los estudios actuales referencian más el ambiente penitencia que viven los hombres y son escasos los que hacen énfasis en el género femenino.

Por lo tanto, hay que destacar la grave problemática que existe en las cárceles colombianas en cuanto a las enfermedades mentales y el déficit de la salud que hay en ellas por lo que el estar en estado de encarcelamiento puede generar las patologías o agravarlas sino hay personal que atienda esta necesidad inmediata a lo que Altamirano (2013) sugiere hacer aportes informativos sobre los problemas de salud mental en la población penitenciaria y también al tipo de trastornos psicopatológicos más comunes en el medio penitenciario.

Finalmente, esta investigación centrándose en el método sugiere abordar distintas variables como la aplicación de pruebas que complementen la presencia de síntomas psicopatológicos, que se realicen entrevistas para abordar con profundidad las historias de las reclusas y así aportar significativamente la presencia de los síntomas, verificar si existen otras variables fuera o dentro de la cárcel que generen afectaciones y por último, verificar si existe presencia de los síntomas psicopatológicos desde el primer día de ingreso al centro penitenciario para así, reducir la agudeza de los síntomas y que no se hagan más severo en su proceso carcelario.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

Altamirano (2013). *El Bienestar Psicológico: Antecedentes y consecuencias*. Tomado de

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/13008/62451\\_Altamirano%20Argudo%20Zulema.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/13008/62451_Altamirano%20Argudo%20Zulema.pdf?sequence=1)

Benito, M., Simón, M., Sánchez, A. y Matachana. *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente GM*. Tomado de <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>

Carrasco, M. A. y González, M. J. junio 2006. *Aspectos Conceptuales De La Agresión: Definición y Modelos Explicativos*. Acción psicológica, vol. 4, no. 2, 7-38

Congreso de Colombia. (2008). Ley 1257 de 2008. Recuperado de [http://www.oas.org/dil/esp/LEY\\_1257\\_DE\\_2008\\_Colombia.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/LEY_1257_DE_2008_Colombia.pdf)

Congreso de Colombia. (1993). Ley 65 de 1993. Recuperado de [http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC\\_CONTENTIDO/INPEC%20INSTITUCION/INPEC\\_HOY/LEYES/LEY%2065%20DE%201993.pdf](http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_CONTENTIDO/INPEC%20INSTITUCION/INPEC_HOY/LEYES/LEY%2065%20DE%201993.pdf)

Congreso de Colombia. (1996). Ley 294 de 1996. Recuperado de <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/LEGISLACION/FAMILIA/FL29496.htm>

De Ávila, J. (20 de Diciembre de 2014). Lo fundamental de la pena es la resocialización: Director de Cárcel de San Diego. El Universal. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/lo-fundamental-de-la-pena-es-la-resocializacion-director-carcel-de-san-diego-180141>.

Dechiara, P.; Furlani, L.; Gutiérrez, N. y Kratje, P. (2009) *Efectos Del Cautiverio De Las Cárceles Sobre Las Personas Privadas De Libertad*. Universidad Católica de Santa Fe, Argentina.

Derogatis (2002). Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R. Publicaciones de Psicología Aplicada núm. 297.

Galindo, J. (2012) *Vulnerabilidad en salud de presos del Penal de Villahermosa, Cali, Colombia*. Universidad Icesi, Cali, Colombia.

González, A. (Enero-Diciembre de 2001). *Consecuencias de la prisionización*. 9-22. Revista Cenipec. 20. 2001. Enero - Diciembre. ISSN: 0798-9202

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, Asociación Americana de Psiquiatría. 2016.

Herrera, G. Noviembre-2009, *Desarrollo de la personalidad. Teorías*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, [www.eumed.net/rev/cccss/06/cgh8.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/06/cgh8.htm)  
Kazaev, R. *Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra, aportes del sistema de matrices de datos*.

Larrota C. , R. Luzardo B., M., Vargas C., S. & Rangel N., K. (2001). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56 (1): 83-85

Márquez, E., J.W (2013). Estado punitivo y control criminal. Cárceles, prisiones y penitenciarias en Colombia en el siglo XIX. *Revista Criminalidad*, enero-abril, Vol. 55 (1), pp.99-112.

Mojica, C., Sáenz, D., & Anacona, C. (2009) Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 38. Tunja (Colombia). Disponible: [www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a09.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a09.pdf)

Moscoso, M. 2008. *La hostilidad: Sus efectos en la salud y medición psicométrica en Latinoamérica*. Universidad de Lima, Perú. *Rev. Persona*, núm. 11.

Mur, C (2010). *El trastorno delirante crónico: hipótesis etiológicas y nuevas terapéuticas*. Universidad Complutense de Madrid.

Ordoñez, L. (10 de noviembre de 2005). *Universitas humanística*. Número 61, p. 183-199.

Otero, E. (15 de Septiembre de 2012). *Telemedicina en la cárcel de San Diego*. El Universal. Recuperado de [http://www.eluniversal.com.co/cartagena/local/telemedicina en la cárcel de san diego 90957](http://www.eluniversal.com.co/cartagena/local/telemedicina%20en%20la%20c%C3%A1rcel%20de%20san%20diego%2090957).

Otero, E. (4 de Diciembre de 2012). Procuraduría conmina al Distrito a construir una nueva cárcel de mujeres. El Universal. Recuperado de [http://www.eluniversal.com.co/cartagena/local/procuraduria conmina al distrito construir nueva cárcel de mujeres 100723](http://www.eluniversal.com.co/cartagena/local/procuraduria%20conmina%20al%20distrito%20construir%20nueva%20c%C3%A1rcel%20de%20mujeres%20100723).

Pollit, 1956. Citado en, I. Ibáñez, E. Olmedo, W. Peñate y M. González. *Obsesiones y compulsiones: estructura del Inventario de Padua*. Universidad de La Laguna, España. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* ISSN 1576-7329. 2002, Vol. 2.

Prado, L. (2 de Abril de 2013). 62 internas con síntomas de intoxicación en Cárcel de San Diego. El Universal. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/local/62-internas-con-sintomas-de-intoxicacion-en-carcel-de-san-diego-114368>.

Sampieri, H. *Metodología De La Investigación*, 5ta edición 2010

Trickett, S. (2012). *Supera la ansiedad y la depresión*. Editorial Hispano Europea.

Recuperado de

[https://books.google.com.co/books/about/Supera\\_la\\_ansiedad\\_y\\_la\\_depresi%C3%B3n.html?id=xpmFOiLu5\\_cC&hl=es](https://books.google.com.co/books/about/Supera_la_ansiedad_y_la_depresi%C3%B3n.html?id=xpmFOiLu5_cC&hl=es)

### 13. ANEXOS

#### 13.1 Inventario de Síntomas SCL-90 de Derogatis



El presente cuestionario está sujeto a estricto secreto profesional.

Lea atentamente la lista que presentamos. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

**Instrucciones**

Rodee con un círculo el cero si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno si la ha tenido un poco presente; el dos si la ha tenido moderadamente; el tres si la ha tenido bastante y el cuatro si la ha tenido mucho o extremadamente.

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Hasta qué punto se ha sentido molesto por el síntoma

1 Dolores de cabeza.....	0	1	2	3	4
2 Nerviosismo o agitación interior.....	0	1	2	3	4
3 Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente....	0	1	2	3	4
4 Sensaciones de desmayo o mareo.....	0	1	2	3	4
5 Pérdida de deseo o placer sexual.....	0	1	2	3	4
6 Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas.....	0	1	2	3	4
7 La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.....	0	1	2	3	4
8 La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás....	0	1	2	3	4
9 La dificultad para recordar las cosas.....	0	1	2	3	4
10 Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.....	0	1	2	3	4
11 Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado.....	0	1	2	3	4
12 Dolores en el corazón o en el pecho.....	0	1	2	3	4

13 Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.....	0	1	2	3	4
14 Sentirse bajo de energías o decaídos.....	0	1	2	3	4
15 Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.....	0	1	2	3	4
16 Oír voces que otras personas no oyen.....	0	1	2	3	4
17 Temblores.....	0	1	2	3	4
18 La idea de que uno no se puede fiar de la gente.....	0	1	2	3	4
19 Falta de apetito.....	0	1	2	3	4
20 Llorar fácilmente.....	0	1	2	3	4
21 Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.....	0	1	2	3	4
22 La sensación de estar atrapado o como encerrado.....	0	1	2	3	4
23 Tener miedo de repente y sin razón.....	0	1	2	3	4
24 Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.....	0	1	2	3	4
25 Miedo a salir de casa solo.....	0	1	2	3	4
26 Culparse así mismo de todo lo que pasa.....	0	1	2	3	4
27 Dolores en la parte baja de la espalda.....	0	1	2	3	4
28 Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.....	0	1	2	3	4
29 Sentirse solo.....	0	1	2	3	4
30 Sentirse triste.....	0	1	2	3	4
31 Preocuparse demasiado por todo.....	0	1	2	3	4
32 No sentir interés por nada.....	0	1	2	3	4
33 Sentirse temeroso.....	0	1	2	3	4
34 Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.....	0	1	2	3	4
35 Impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando.....	0	1	2	3	4
36 Sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso.....	0	1	2	3	4
37 Impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no le gusta....	0	1	2	3	4
38 Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39 Que su corazón palpite o vaya muy de prisa.....	0	1	2	3	4
40 Nauseas o malestar en el estómago.....	0	1	2	3	4
41 Sentirse inferior a los demás.....	0	1	2	3	4
42 Dolores musculares.....	0	1	2	3	4
43 Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.....	0	1	2	3	4
44 Dificultad para conciliar el sueño.....	0	1	2	3	4
45 Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.....	0	1	2	3	4
46 Dificultad para tomar decisiones.....	0	1	2	3	4

47 Sentir temor de viajar en carro, autobuses, metros, trenes.....	0 1 2 3 4
48 Ahogos o dificultad para respirar.....	0 1 2 3 4
49 Escalofríos, sentir calor o frío de repente.....	0 1 2 3 4
50 Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.....	0 1 2 3 4
51 Que se le quede la mente en blanco.....	0 1 2 3 4
52 Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.....	0 1 2 3 4
53 Sentir un nudo en la garganta.....	0 1 2 3 4
54 Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.....	0 1 2 3 4
55 Tener dificultades para concentrarse.....	0 1 2 3 4
56 Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.....	0 1 2 3 4
57 Sentirse tenso o con los nervios de punta.....	0 1 2 3 4
58 Pesadez en los brazos o en las piernas.....	0 1 2 3 4
59 Ideas sobre la muerte o el hecho de morir.....	0 1 2 3 4
60 Comer demasiado.....	0 1 2 3 4
61 Sentirse incomodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.....	0 1 2 3 4
62 Tener pensamientos que no son suyos.....	0 1 2 3 4
63 Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien.....	0 1 2 3 4
64 Despertarse de madrugada.....	0 1 2 3 4
65 Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse)...	0 1 2 3 4
66 Sueño inquieto o perturbado.....	0 1 2 3 4
67 Tener ganas de romper o estallar algo.....	0 1 2 3 4
68 Tener ideas o creencias que los demás no comparten.....	0 1 2 3 4
69 Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas.....	0 1 2 3 4
70 Sentirse incómodo entre mucha gente.....	0 1 2 3 4
71 Sentir que todo requiere de un gran esfuerzo.....	0 1 2 3 4
72 Ataques de terror o pánico.....	0 1 2 3 4
73 sentirse incomodo comiendo o bebiendo en público.....	0 1 2 3 4
74 Tener discusiones frecuentes.....	0 1 2 3 4
75 Sentirse nervioso cuando se quede solo.....	0 1 2 3 4
76 El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos.....	0 1 2 3 4
77 Sentirse solo aunque este con más gente.....	0 1 2 3 4
78 Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.....	0 1 2 3 4
79 La sensación de ser inútil o no valer nada.....	0 1 2 3 4
80 Presentimientos de que va a pasar algo malo.....	0 1 2 3 4

81 Gritar o tirar cosas.....	0	1	2	3	4
82 Tener miedo a desmayarse en público.....	0	1	2	3	4
83 La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de Ud. Si le permitiera.....	0	1	2	3	4
84 Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.....	0	1	2	3	4
85 La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores.....	0	1	2	3	4
86 Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.....	0	1	2	3	4
87 La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.....	0	1	2	3	4
88 Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie.....	0	1	2	3	4
89 Sentimientos de culpabilidad.....	0	1	2	3	4
90 La idea de que algo anda mal en su mente.....	0	1	2	3	4

### 13.2 Encuesta sociodemográfica



Universidad de San Buenaventura – Cartagena

Facultad de Psicología

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Estado civil:

Soltera \_\_\_ Casada \_\_\_ Divorciada \_\_\_ Viuda \_\_\_

1. ¿Qué nivel de escolaridad ha cursado usted?

	Completo	Incompleto
Primaria		
Secundaria		
Técnico		
Tecnólogo		
Universitario		

Otro \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

2. Nivel de escolaridad completado por sus padres:

Padre	Completo	Incompleto
Primaria		
Secundaria		
Técnico		
Tecnólogo		
Universitario		
Otro, ¿Cuál?		

Madre:	Completo	Incompleto
Primaria		
Secundaria		
Técnico		
Tecnólogo		
Universitario		
Otro, ¿Cuál?		

3. Su situación laboral anterior fue:

Ama de casa	
Trabajadora independiente	
Desempleada	

Empleada dependiente	
Otro, cuál:	

4. Ocupación laboral de sus padres:

Padre		Madre	
Ama de casa		Desempleado	
Trabajadora independiente		Trabajador independiente	
Desempleada		Empleado dependiente	
Empleada dependiente			
Otro, cuál:		Otro, cuál:	

5. Antes de su ingreso, ¿con quién vivía usted?

Padres y hermanos	
Abuelos	
Tíos	
Esposo e hijos	
Con un(a) amigo(a)	
Sola	
Madre	
Padre	
Hermano (a)	
Hijos	

Otro \_\_ ¿con quién? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuántos hermanos tiene usted?

1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_ 6\_\_ Más de 6\_\_ hija única\_\_

7. ¿Qué lugar ocupa usted entre sus hermanos?

Primera\_\_ Intermedia\_\_ Ultima\_\_ Otro\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

8. Cuantos hijos tiene

1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5 en adelante\_\_ no tiene hijos\_\_

9. Es visitado por:

Familiares		Amigos	
Siempre		Siempre	
Frecuentemente		Frecuentemente	
Algunas veces		Algunas veces	
Nunca		Nunca	

10. Cuantas personas integran su familia

1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_ 6\_\_ 7\_\_ 8 en adelante \_\_

11. Ha sufrido maltrato físico y/o psicológico, escoja las que considere

	Siempre	Algunas veces	Una vez	Nunca
En su niñez				
En su adolescencia				
En la adultez				

12. En caso de ser afirmativa la respuesta a la pregunta anterior, ¿Quién fue el autor de su maltrato?

Familiar\_\_ ¿Quién?\_\_\_\_ Amigo de la familia \_\_ Persona ajena a la familia\_\_ otro\_\_ ¿Quién?\_\_\_\_\_

13. ¿Ha sido usted abusada sexualmente?

	Siempre	Algunas veces	Una vez	Nunca
En la niñez				
En la adolescencia				
En la adultez				

14. En caso de ser afirmativa la respuesta a la pregunta anterior, ¿Quién fue el autor del abuso?

Familiar, ¿Quién? \_\_\_\_\_ Amigo de la familia \_\_\_\_ Persona ajena a la familia \_\_\_\_ otro \_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

15. ¿Ha consumido usted alucinógenos?

Nunca	
Casi nunca	
Algunas veces	
Siempre	

16. De acuerdo a su respuesta anterior, que tipos de alucinógenos ha consumido:

Cocaína	
Bazuco	
Heroína	
Perico	
Marihuana	
Estaxis	

Otra \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

17. Usted fuma

Siempre	
Constantemente	
Algunas veces	
Nunca	

18. A que estrato pertenece usted

1 \_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_ 5 \_\_\_\_ 6 \_\_\_\_

### 13.3 Carta de resultados

Cartagena de Indias D. C. y T.

Febrero/2017

Cordial Saludo

Sres. Universidad de San Buenaventura/Cartagena

Por medio de la presente se hace constancia de la entrega de los resultados obtenidos al centro penitenciario y carcelario de mujeres de la ciudad de Cartagena (cárcel de San Diego), lugar en el que se llevó a cabo la recolección de una parte de la información del proyecto *"Síntomas Psicopatológicos en Mujeres Reclusas de la Cárcel de San Diego de la Ciudad Cartagena de Indias."* desarrollados por Altamar Puello Adriana y Loreo Villanueva Lucely, estudiantes de psicología de la Universidad de San Buenaventura seccional Cartagena.

Firma:  
cc.

Recibido  
  
13-02-17  
3:05PM