Artículo

La cárcel como ubicación de desamparo. Analizando la salud autopercibida y los recursos de autoatención de las personas presas

FERNANDO LÓPEZ SEGURA[1]

0000-0003-0420-824X

Servei Català de la Salut, España

revistes.uab.cat/periferia

Junio 2022

Para citar este artículo:

López-Segura, F. (2022). La cárcel como ubicación de desamparo. Analizando la salud autopercibida y los recursos de autoatención de las personas presas. *Perifèria, revista de recerca i formació en antropologia*, *27*(1), 48-73, https://doi.org/10.5565/rev/periferia.872

Resumen

La cárcel se configura como un escenario de amenaza, un contexto disruptivo que somete a la persona y que altera necesidades básicas como la salud. Mediante un enfoque fenomenológico-hermenéutico, a partir de entrevistas semi-estructuradas, se explora el impacto que producen las condiciones de encierro sobre la salud psicoemocional y social autopercibida. Se problematiza a partir de la narrativa de la aflicción y se identifican posibles saberes y recursos de autoatención que, frente a malestares y estresores que condicionan la salud autopercibida, elaboran las personas presas como explicación del padecimiento o como búsqueda de alivio.

Palabras clave: Narrativa Personal; Disparidades en el Estado de Salud; Distrés Psicológico; Autocuidado; Prisiones.

Abstract: *Prison as a place of helplessness. Analyzing the self-perceived health and self-care resources of prisoners*

Prison is configured as a threat scenario, a disruptive context that subjects the person and alters basic needs such as health. Through a phenomenological-hermeneutic approach, based on semi-structured interviews, the impact of confinement conditions on self-perceived psycho-emotional and social health is explored. It is problematized

[1] Contacto: Fernando López Segura – fer.lop.seg@gmail.com

from the narrative of the affliction and possible knowledge and self-care resources are identified that, in the face of discomfort and stressors that condition self-perceived health, are elaborated by prisoners as an explanation of the condition or as a search for relief.

Keywords: Personal Narrative; Health Status Disparities; Psychological Distress; Self Care; Prisons.

Introducción

Según datos del Ministerio del Interior, actualmente 55.768 personas permanecen recluidas en prisiones del Estado español, de las cuales, 7.834 se encuentran en prisiones catalanas (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [SGIP], 2022). La propia institución penitenciaria reconoce que el perfil mayoritario de la población reclusa proviene de ambientes deprimidos, con escasa o nula formación y cualificación profesional, extranjeros con dificultades para manejar el idioma y un alto porcentaje de personas drogodependientes (SGIP, 2014). Además, la tipología delictiva mayoritaria está constituida por delitos contra la propiedad y la salud pública. Aproximadamente, el 58% de la población penitenciaria se encuentra presa por estos motivos, frente a otros tipos penales como delitos contra libertad sexual u homicidios que constituyen el 7,3% y el 7,4% respectivamente (SGIP, 2022). Tal como indican los datos, la mayoría de las personas presas son personas vulnerables y con un alto riesgo de exclusión social. Sin embargo, el escaso interés social sobre la realidad penitenciaria configura un imaginario distorsionado que tiende a olvidar a quien allí habita y a justificar el carácter punitivo de la institución. Así, a pesar de la definición legal de la prisión como una entidad terapéutica o resocializadora, la cárcel continúa pensándose casi completamente en términos de castigo. Esto transluce en las dinámicas y prácticas carcelarias y provoca que la coerción de la libertad deambulatoria derive en la privación de otros derechos. Organizaciones como el Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos (OSPDH) que gestiona y coordina el Sistema de Registro y Comunicación de la Violencia Institucional (SIRECOVI, 2018) y cuya red incluye entidades como el Defensor del Pueblo, Coordinadora para la Prevención y Denuncia de la Tortura o Amnistía Internacional,

denuncian la falta de igualdad en el acceso a la atención médica por deficiencia de material, infraestructuras o personal.

En el Estado español, la legislación define la cárcel como una medida de privación de libertad cuya finalidad es la reeducación o la reintegración de las personas condenadas evitando la reincidencia de actos delictivos (Constitución Española [CE], Art 25.2, 1978; Ley Orgánica General Penitenciaria [LOGP] 1/1979). No obstante, como maquinaria disciplinaria, la prisión impone a través del cuerpo técnico y funcionario una serie de mecanismos y normas que arrebatan las disposiciones y roles que permiten al individuo conceptuarse socialmente (Foucault, 1979). La cárcel es el paradigma de institución total (Goffman, 2012) que somete al sujeto a una rutina o a una estructuración de la vida al margen de sus intereses, deseos o responsabilización, todo ello administrado en un espacio de aislamiento social. Por otro lado, el aspecto normativo de la cotidianidad carcelaria dibuja un escenario de tensión y configura una realidad social alternativa. La cárcel es ese entorno disruptivo que define Benyakar (2016), un "contexto vital en el que se dislocan las relaciones entre las personas y entre éstas y el medio físico y social" (p.43). Así, aunque la legalidad en materia penitenciaria apunte a lo terapéutico o rehabilitador, el énfasis de la acción institucional se pone en el control, la regimentación o el mantenimiento de la seguridad (Cabrera, 2011). Todo ello define un contexto anormalizado al que la persona se deberá adaptar (Ruiz, 2007; Valverde, 2010).

Clásicamente se han distinguido dos procesos de adaptación subjetiva a la prisión, complejos y variables. Ambos complicarán el acomode a la vida en libertad y tienen que ver con múltiples circunstancias: personalidad, capacidad adaptativa, tiempo de condena, tipo de cárcel, etc. La *prisionización* se asimila a un proceso de aculturación, define la transformación de la personalidad del individuo, la asunción de una subcultura carcelaria y la pérdida de elementos culturales de la vida en libertad (Clemmer, 1958). La *institucionalización* va más allá. A causa de ella, la persona termina por ejecutar hábitos de comportamiento propios de la institución, una vez ya no tiene relación con ésta (Crespo, 2017; Goffman, 2012). Por tanto, es importante prestar atención a cómo influye el proceso de adaptación a la situación anormalizada que supone la cárcel y a este ambiente disruptivo en que se produce una alteración de las dinámicas y necesidades más básicas de la persona, entre ellas, su salud.

La salud autopercibida en el ámbito carcelario

Una de las definiciones más aceptadas sobre la salud y que se toma como referente en la actualidad, es la desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014 [1948]). Según esta, "la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades" (p.1). A pesar de la vaguedad de esta definición, la aceptación de cierta multidimensionalidad apunta al reconocimiento de la complejidad del fenómeno. La idea de salud tiene que ver con la interacción de procesos sociales, políticos, económicos, culturales y científicos que se imbrican entre ellos y que dan cuenta de esa complejidad (Encina et al., 2018). No obstante, el paradigma biomédico parece haber impuesto un modelo que excluye este dinamismo y subordina o subalterniza estos diferentes niveles de análisis, saberes o modelos explicativos que también influyen en la causalidad o desarrollo de los diferentes padecimientos. El modelo médico hegemónico fundamenta su estado de supremacía en el biologicismo, la ahistoricidad, la exclusión de la cultura y la autoidentificación con la racionalidad científica (Menéndez, 2009). La salud, así, según Correa-Urquiza (2018):

> No es una cuestión únicamente médica, sino el resultado de una serie de elementos que tienen relación con el aire que respiramos, las dificultades vitales y existenciales de los sujetos, su situación socioeconómica, los parámetros alimentarios; incluso los ejes culturales a través de los cuales se plantea la misma idea de salud y enfermedad (p.570).

De esta manera, los procesos de salud-enfermedad-atención se comprenden en la cultura y las relaciones o dinámicas sociales que se construyen a partir de ella. Es por ello por lo que hablamos también de una salud social y psicoemocional Así, es importante dirigir la mirada hacia el escenario de encierro y hacia quien sufre sus condiciones, pues es conocido que las personas presas presentan una salud pobre con necesidades importantes en calidad de vida (Zabala-Baños et al., 2016). Sin embargo, la investigación en este ámbito se construye en dirección contraria, siendo muy pocos los estudios sobre relatos en primera persona. Dos de las razones que podrían explicar la exclusión de estas narrativas son la falta de colaboración y de transparencia de la información publicada por la institución, y el estigma descalificador que se asocia a la figura del delincuente y que pone en cuestión su relato (Irídia, 2021; González, 2012).

Análogamente a como Kleinman (1980) esbozó su triada conceptual de la enfermedad (disease, sickness, illness) para trazar diferentes modelos explicativos, Byron Good (2003) planteó una concepción múltiple de la salud en la que se entrecruzan varias dimensiones: la biomédica objetivadora de enfermedades, la referida a los condicionantes estructurales, sociales y culturales y la relacionada con la experiencia subjetiva de la aflicción. Así, para comprender la salud, la exploración se ha de enfocar también hacia las narrativas que vivencian y plantean significaciones diferentes al modelo médico hegemónico. Hablamos, por tanto, de una salud autopercibida imprescindible en la construcción de una epistemología sobre la salud.

Así, comprender la complejidad de la salud en la cárcel implica ir más allá de la semántica institucional. Los relatos nos permiten construir el sentido de lo vivido. Además, en ellos se elaboran las distintas estrategias en los itinerarios de recuperación de la persona mediante saberes o prácticas de autoatención, profanos, que interpelan a aquellos saberes expertos (Correa-Urquiza, 2018). Supone, análogamente a como explicaba Foucault (1979b), la necesaria irrupción, emergencia o insurrección de los saberes sometidos, entendiendo éstos como aquellos saberes calificados como incompetentes, ingenuos, imperfectos o que no se encuentran a la altura del nivel de cientificidad requerido. Estos recursos o modelos de autoatención son para Menéndez (2016) la actividad nuclear de todo proceso de salud, enfermedad. Son las representaciones que permiten a los sujetos aliviar, explicar, solucionar o entender procesos que afectan a su salud sin la intervención de los saberes profesionales.

El propósito de este estudio es explorar el impacto que producen las condiciones de encierro sobre la salud psicoemocional y social autopercibida, problematizando a partir de la narrativa de la aflicción e identificando posibles saberes y recursos de autoatención que elaboran las personas presas en la búsqueda de su salud.

Metodología

Estrategia de investigación

El siguiente artículo tiene su origen en una investigación mayor (López & Gallardo, 2020) y parte, por un lado, del interés por parte de la enfermería sobre la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y, por otro, de la preocupación por su falta de presencia en los análisis sobre los *procesos de salud-enfermedad-atención* de las personas. En este sentido, nos preguntamos si las condiciones de encierro penitenciario generarían un deterioro en la salud auto-percibida en diferentes esferas (física, psíquica, emocional y social) y si este deterioro podría tener que ver con la dimensión punitiva y/o terapéutica del encierro. Así, este trabajo fue realizado desde una mirada holística que encuentra puntos de intersección con la antropología y su dimensión comprehensiva de los fenómenos. La antropología permite que la ciencia enfermera considere las variaciones antropológicas de la persona que padece y su adscripción cultural (Conti, 2009). Desde esta perspectiva se explora y problematiza a través de un enfoque metodológico fenomenológico-hermenéutico sobre el relato o la manera en que las personas presas dotan de significación estos procesos de salud-enfermedad-atención, así como las necesidades de salud alteradas en el contexto de encierro en prisiones catalanas.

Territorio de estudio

Nos centramos en la experiencia del encierro en prisiones catalanas por nuestra localización como investigadores. Aunque existe un único modelo penitenciario en el conjunto del Estado desarrollado a partir de la CE de 1978, la LOGP de 1979, el Código Penal (CP) de 1995 y el Reglamento Penitenciario (RP) de 1996, Cataluña es una de las Comunidades, junto al País Vasco, Andalucía y Navarra, que dispone de la competencia gestora penitenciaria. Además, es la única que ejerce esta capacidad a través de una Comisión Mixta en coordinación con el sistema penitenciario español (SGIP, 2014). La diferencia de condiciones que pudieran existir entre un modelo y otro hace necesario explicitar dicha trama administrativa.

Participantes del estudio

Aunque en un primer momento, el muestreo se diseñó bajo unos criterios que pretendían la diversidad y suficiencia, el hermetismo y la negativa de la institución penitenciaria a acceder a la población de estudio deseada (personas presas en primer

y segundo grado), condicionó la formación de la muestra. Así, ésta se confeccionó en torno a factores de oportunidad, pudiendo acceder a los informantes gracias a la colaboración de miembros de agrupaciones que se dedican al apoyo de personas presas, entre ellas Irídia, Salhaketa Nafarroa o Grup de Suport de Presxs de Lleida. Finalmente, participaron en el estudio cinco hombres y dos mujeres, que compartían situación jurídica de privación de libertad actual, 5 personas, o reciente, 2 personas (Tabla 1). Todas provenían de clase trabajadora y a excepción de una cuya región de origen se ubica en América del Sur, todas ellas tenían nacionalidad española. Entre todas conformaban un rango de edad de entre 31 y 58 años.

Entrevistado	**Nombre**	**Sexo**	**Edad (años)**	**Situación penal**	**Fecha de la entrevista**
E1	Javier	Hombre	52	Libertad desde noviembre de 2015	09/11/2019
E2	Carolina	Mujer	45	Art. 182.2 del RP, sobre cumplimiento en unidades extrapenitenciarias por necesidad de rehabilitación y servicios médicos	14/11/2019
E3	Omar	Hombre	42	Libertad tras 16 años preso	18/11/2019
E4	Carlos	Hombre	31	Tercer grado	1ª: 21/11/2019 2ª: 16/12/2019
E5	Alberto	Hombre	50	Preso durante más de 15 años. Realizando permisos por trabajo	25/11/2019
E6	Rosa	Mujer	58	Tercer grado	21/12/2019
E7	Miguel	Hombre	58	Segundo grado. Realizando permisos por seguimiento médico	27/01/2020

Tabla 1. Características principales de las personas participantes. Fuente: elaboración propia

Recogida de datos

La técnica principal de recogida de datos fue la entrevista semiestructurada. Las entrevistas se realizaron a partir de un guion que tenía como referencia el modelo teórico y conceptual de las catorce necesidades de Virginia Henderson (Raile, 2018) utilizado por la disciplina enfermera para valorar los procesos de salud-enfermedad de la persona. Según este modelo, la independencia en la satisfacción de esas necesidades básicas permite mantener la integridad y la armonía. Así, se abordaron temáticas como el tipo de alimentación, cómo respira una persona en la cárcel, la experiencia de ir al lavabo o la higiene, los factores que influyen en el descanso, etc., aspectos más relacionales como la comunicación y otros más personales como la posibilidad de autorrealización, aprendizaje o el mantenimiento de creencias propias y valores. Se prestó especial atención a las temáticas en torno a la seguridad o sentimiento de amenaza, la percepción de la intimidad, los recursos para manejar situaciones de miedo o ansiedad o el consumo de tóxicos.

Procedimiento

En un periodo aproximado de 3 meses, se contactó y se entrevistó a los informantes en distintos momentos y espacios condicionados por la situación penal y particular de cada uno: durante permisos penitenciarios, salidas concretas durante el cumplimiento del régimen de tercer grado u otras situaciones de libertad condicional que permitían el RP. De esta manera, los lugares fueron escogidos preferentemente por la persona participante. Las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas para su posterior análisis.

Análisis de los datos

La información obtenida fue clasificada en categorías y subcategorías en correspondencia a las necesidades planteadas por Henderson y a los aspectos analizables en cada una de ellas. El análisis se centró en una de estas necesidades, *Evitar los peligros,* que condensa una importante parte de la narrativa sobre el deterioro de salud percibido. Teniendo en cuenta que trabajamos con relatos, el método de triangulación principal consistió en cruzar las narrativas.

Criterios éticos

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado garantizando la comprensión del objeto de estudio, confidencialidad, conocimiento de los riesgos y el carácter voluntario. Asimismo, se respetaron los principios éticos de Declaraciones de Nüremberg, Helsinki y Tokio. Para el mantenimiento de la seguridad y del carácter confidencial se asignaron nombres diferentes a las personas entrevistadas y se alteraron algunos datos en sus experiencias.

Limitaciones

La imposibilidad de acceso a prisión se constituye como el principal límite para lograr una muestra que revele verdaderamente la heterogeneidad de la población penitenciaria. Esto explica el restringido número de entrevistas, la escasez de la muestra y otros aspectos que tiene que ver con la confección de la misma en función de la oportunidad y que no tienen en cuenta rango de edad, tiempo de condena o que algunos informantes narren desde fuera de prisión.

Resultados

Alteraciones físicas y el sentimiento de peligro en la subcultura carcelaria

Las narrativas apuntan a alteraciones sensoriales y físicas como, por ejemplo, la pérdida de visión por los espacios acotados, la sensibilidad o la percepción aumentada del sonido debido al ruido permanente, la aparición de lesiones musculoesqueléticas por la restricción de movimiento o el sedentarismo provocado por el confinamiento. Más allá de estas consecuencias más visibles sobre la salud, existen otras, más discretas, que tienen que ver con la forma en que funciona el sistema penitenciario y que se entrecruzan en la percepción de amenaza afectando a diversas dimensiones.

Amenazas en el sistema social carcelario

La cárcel se describe como un ambiente de inseguridad o peligro del que no se puede huir. Esta obligatoriedad se configura desde dos perspectivas principales. En primer lugar, la prisión se caracteriza por un ambiente de regimentación que se fundamenta en lógicas en torno a la estructuración, la planificación o la vigilancia. La persona presa no sólo percibe cómo pierde el control de su vida al margen de intereses

propios, sino que se ve sometida permanentemente a actuaciones represivas: recuentos, registros, contenciones, aislamientos, malos tratos, etc

La mayoría de las personas entrevistadas sugieren sentirse vulnerables por el trato violento que reciben por parte de sus vigilantes. Además, describen una sensación de impunidad que crece con un corporativismo autodefensivo.

> "Encima me defiendo y al final me pegan *atao* tres días y tres noches en una cama, *atao* de pies y manos, pegándome los funcionarios día y noche. (…) *Atao* como en una cama así, como Jesucristo. (…) *Atao* de los tobillos, *atao* de las muñecas y con las porras pegándote. (…) eso en una celda especial del especial. En el especial hay una celda que te atan, no hay cámaras, no hay nada y te pegan la de tu vida. (…) Ni comer ni nada, te daban un poco de agua así con una botella y *au*, tira. (…) Y las necesidades encima" (Omar).

Por otro lado, las relaciones interpersonales se caracterizan por la existencia de dinámicas de poder en las que grupos dominantes establecen las normas de convivencia. Así, surgen lógicas de dominio o sumisión que desembocan en un ambiente hostil, de agresividad, competencia o coacción. Todo ello determina un clima en el que la desconfianza, la inquietud, la incertidumbre, la anticipación o la alerta, se establecen como estresores del estado emocional.

> "O sea, de alguna manera hay gente que es profesional de la cárcel. (…) Yo he visto cómo pueden perseguir a una persona y reducirla a nada. A nivel emocional. Y extorsionarla y de formas muy... (…) Coger a una persona que se la ve así... Pues, poquita cosa ¿no? Y de un ámbito familiar diferente y bueno, asustarla. Y tener que poner dinero, por ejemplo, en la cuenta corriente que le van a dar de la calle y que si no es así pasará esto y pasará lo otro" (Rosa).

La falta de intimidad como peligro

El permanente estado de vigilancia junto a una convivencia imprevisible, forzada y no deseada conforman una ansiedad crónica con la que el individuo coexiste. Aunque la intimidad es un derecho que la prisión debe garantizar (SGIP, 2014), todas las personas entrevistadas coinciden en su vulneración. Exponen cómo la exhibición constante debido al contacto interpersonal forzado, la videovigilancia, las inspecciones, los registros o cacheos, o los exámenes rectales, suponen estresores que contribuyen al aumento del malestar psicoemocional. A ello se suman las

afectaciones gastrointestinales que surgen al tener que, por ejemplo, defecar frente al resto o las alteraciones del ritmo y la calidad del sueño relacionadas con el estado de alerta permanente. Las personas presas desarrollan estrategias como el pacto de horarios con el/la compañero/a, el cumplimiento de algún rol en la institución o actividad que permita encontrar espacios individuales o la adopción de actitudes conflictivas buscando la separación o el aislamiento. Todo esto se conjuga con cierta conformidad o resignación ante la imposibilidad de evitación.

Ansiedad, indefensión e "infantilización"

La cárcel se describe como un escenario ansiógeno y potencialmente traumatogénico. Así, son muchos los motivos que determinan la experiencia de malestar y que conllevan consecuencias psicoemocionales. En las entrevistas se entremezclan sentimientos negativos como agresividad, egoísmo, indefensión, irritabilidad, impotencia, sentimientos de pérdida, resentimiento, ansiedad, desconfianza, soledad, etc.

> "Yo me he vuelto una tiquismiquis. Me molesta todo, no soporto a nadie, no me soporto ni yo. (…) Me irrito bastante. Quiero soledad. Quiero estar sola. No quiero que nadie me moleste. Me cuesta mucho relacionarme con la gente. Imagino que todo el mundo viene a hacerme daño. (…) Te crea desconfianza. No te fías de nadie" (Carolina).

Rosa describe la prisión como "una sala de espera en la que la persona pierde la vida". La sensación de adaptación subjetiva junto a la imposibilidad de control y la pérdida de individualidad genera sentimientos de desamparo o indefensión aprendida. Se presenta como un sometimiento de la persona adulta a una lógica de órdenes, castigos y recompensas, una infantilización que se traduce en la desvalorización personal o pérdida de autoestima. La delegación de la responsabilidad de la vida a la institución produce una quiebra de la capacidad volitiva, de toma de decisiones, una pérdida de autonomía que empeora con la pérdida de referencias o la distorsión de los vínculos que se mantienen con el exterior.

> "Horroroso. Te sientes como un conejo. Como un animal de granja. (…) O sea, te quita capacidad de ser autónomo. Te infantiliza. Y te hace la autoestima para abajo. De alguna manera hay una jerarquía y al final se te mete dentro. (…) Y es verdad, se mete la prisión, se te mete dentro" (Rosa).

La muerte social y el estigma

La cárcel implica una dislocación de roles y vínculos personales que se mantienen con el exterior. La muerte social o la pérdida de pertenencia del grupo es una de las mayores preocupaciones que se instauran en la persona. El pensamiento sobre el futuro, la pérdida de oportunidades, la anticipación constante y el miedo al estigma social desatan el desasosiego ante la posibilidad de ser invalidado socialmente.

> "No penséis que yo a veces he pensado ¿y qué haré yo cuando salga de toda esta situación? Con 60 años, con el concepto que tengo yo de mujer... Sin profesión y vieja. (…) ¿Qué haré cuando yo me encuentre de que me cierran la puerta...? […] Porque uno tiene miedo cuando piensa ¿no? (…) Que si estaré sola, que si no sé qué. ¿De qué viviré? Si se me acabará la ayuda, si se me acabará el no sé qué. ¿Y si me pongo enferma? Y bueno, yo a parte de la condena tengo una multa de 9 millones de euros, o sea, a mí me han condenado a ser pobre" (Rosa).

Por otro lado, la adaptación del individuo al sistema social carcelario supone también un proceso mediante el cual se adquieren elementos normativos, conductuales y morales de la nueva cultura mientras se pierden aquellos que siempre le pertenecieron en libertad. Esto conlleva consecuencias en la salud social. Implica no solo la reproducción de esquemas de vida propios de la prisión, sino también la pérdida de herramientas para la socialización fuera de ella (Crespo, 2017), algo que, describen, sucede incluso con condenas menos extensas.

> "Pues lo único que me llevo es un montón de traumas y, de hecho, lo demuestra el hecho de que no salgo de mi casa y que estoy acostumbrado solo entre cuatro paredes y estoy viviendo exactamente igual a como vivía en prisión (…) Llevo ahora mismo semanas sin salir (…) Pues me siento prácticamente abandonado, me siento...No me siento en mi hábitat, no me sé manejar bien y llevo ya cuatro años, voy para...En octubre cumplí 4 años, el 5 de octubre cumplí 4 años de libertad, voy para el quinto y sigo con los mismos problemas" (Javier).

Mecanismos de autoatención y saberes profanos

Frente a todos estos componentes ansiógenos las personas presas establecen mecanismos de afrontamiento. Estos podrían relacionarse con saberes no oficiales o *profanos* (Correa-Urquiza, 2012; Menéndez, 2009) basados en la experiencia y la

autoatención y que tienen como fin enfrentar los padecimientos. Aunque algún relato coindice en señalar el apoyo o el encuentro informal e improvisado entre personas como recurso psicológico para el desahogo, los principales medios tienen que ver con acciones individuales de carácter ansiolítico y dirigidas al autocuidado.

Las actividades y el trabajo en la cárcel

Las actividades o el trabajo en la cárcel adquieren un papel distractor de la trama social carcelaria y, sobre todo, de aquellos lugares como el módulo o el patio donde se originan la mayoría de los conflictos. Así, constituyen cierto factor de protección: permiten a la persona presa adoptar un rol facilitador en la dinámica relacional, realizar favores y optar al respeto dentro del sistema social. Otras actividades como el deporte, no sólo se conciben como una contribución a la salud, sino que permiten mostrar al resto mayor fortaleza y capacidad de defensa. Por otro lado, las personas presas describen una suerte de compañerismo útil que, incluso dentro del ambiente de competencia existente puede darse en confrontación con la institución, su ineficacia o el abuso del personal funcionario.

Los vínculos con el exterior

Relativo al peligro de muerte social, el mantenimiento del vínculo exterior se presenta como elemento clave de resiliencia, para la protección y ventilación emocional. El apoyo externo familiar y la conservación de referencias permitirían la abstracción de todas aquellas dinámicas con las que convive y así, esquivar la prisionización que dificultaría el acomode a la vida en libertad. Aunque la prisión se define esencialmente como una estructura que aísla, el mantenimiento del vínculo con el exterior se establecería como un mecanismo que retrasaría el proceso de adaptación subjetiva.

> "He tenido mi familia siempre al *lao*. Entonces cuando me sentía mal, yo en seguida cogía el teléfono y hablaba con mi hermana, mi madre, con mis hermanos. Entonces ya lo llevas de otra manera" (Alberto).

Hábitos tóxicos en prisión y el abuso de psicofármacos

El consumo de drogas en la prisión se describe como un fenómeno habitual. Aunque resulte paradójico encontrar estas sustancias en un entorno fuertemente vigilado, la droga existe en la cárcel y la prevalencia de consumo es llamativamente alta. Además del propio efecto de dependencia fisiológica, es percibida como un medio lucrativo

que permite obtener recursos, constituye un elemento de fácil acceso y de estructuración de poder que vertebra muchos conflictos. Lejos de su intención terapéutica, la prisión es presentada como un ambiente cuyas condiciones potencian el inicio o el aumento del consumo de tóxicos. Existe la percepción de connivencia de la institución, de la utilidad que tienen estas sustancias en despistar el enfrentamiento con ella, algo que se complementa con la sensación de falta de soporte real en la desintoxicación. De hecho, aunque el acceso de la droga a la prisión es variado, las personas entrevistadas sugieren que los vigilantes también pueden ser responsables. Así, los relatos coinciden en señalar las drogas como un elemento de contención que vehicula el control social en el interior de la prisión.

> "Yo creo que eso no lo van a acabar ellos nunca, porque a ellos les interesa eso. No dan problemas. Los drogadictos no dan problemas, el drogadicto el problema es cuando no la tiene" (Alberto).

Por otro lado, destaca también el relato sobre el consumo extraordinario de psicofármacos en prisión. Más allá de la existencia de un diagnóstico psiquiátrico, las personas informantes relacionan este consumo con la facilidad de acceso a tratamiento psicofarmacológico aún en ausencia de dolencia psíquica.

> "Porque tú llegas al médico, le dices que no puedes dormir, te da no sé qué, le dices que te mande al psiquiatra, al psiquiatra se la lías. Llegas un día, ahí se la lías, le tiras la mesa a tomar por culo, yo que sé. Y dicen: el chaval, míralo cómo está. Es muy agresivo. ¿Cuál medicación quieres?, ¿cuántos *politos* quieres?, ¿cuántas pastillas quieres? Y al final un chaval que no ha *tomao* pastillas en su vida, sale *enganchao* a las pastillas en 3 años o en 2 meses" (Omar).

Los psicofármacos cumplirían con un efecto de contención y control similar al de las drogas ilegales. Así, coinciden en que generan una dependencia importante, contribuyen a la relajación y al mantenimiento de una actitud pasiva que huye de la confrontación con la institución. Además, en analogía a como sucede con las drogas, este tipo de fármacos se establece como moneda de cambio para la obtención de beneficio económico. Desde un punto de vista más personal, las personas entrevistadas significan el consumo de estas sustancias a partir del componente ansiolítico o como acción evasiva de las condiciones de encierro.

> "Deja a la gente zombis para aguantar la cárcel te lo aseguro. Para poder aguantar. Es que es inaguantable. Yo estuve 8 meses en La Modelo que me quería morir" (Miguel).

Otros tóxicos más leves que también se consumen de manera exacerbada son el café o el tabaco. El café, por un lado, a pesar de su reconocida falta de calidad y sabor deficiente, podría consumirse de manera extraordinaria con una pretensión niveladora del efecto sedativo que producen drogas y psicofármacos. Por otro lado, el tabaco, más allá del consumo con una intención ansiolítica, constituye una moneda de cambio y en torno a él se generan conflictos relacionados con intereses, deudas, préstamos, etc., sin descontar aquellos que se generan en torno al tabaquismo pasivo. La tensión que genera la participación en el sistema social carcelario, añadido al estrés de una vida regimentada y vigilada, se exponen como agravantes que contribuyen a su consumo compulsivo. Además, tanto el café como el tabaco se presentan como algo más que un entretenimiento, es decir, se incrustan dentro de las dinámicas relacionales permitiendo reproducir rituales de socialización de la vida en libertad.

> "La función del café realmente es por echarse, es lo más barato. (…) Te da energía. Es el chute. Que, a ver, realmente es café de comisaría. (…) Te sales, te tomas un café, te fumas el cigarro, te vas ahí con los cuatro coleguillas…" (Carlos).

La autolesión en el ambiente penitenciario

La autolesión se percibe como un problema generalizado que no trasciende fuera de prisión y que es ignorado o infravalorado por la institución. Por otro lado, destaca que, si bien no todas las personas entrevistadas reconocen haber llevado a cabo conductas autolesivas, sí permanece en su imaginario como algo potencial. Entre las significaciones que las personas entrevistadas establecen en torno a la autolesión se encuentran aquellas relacionadas con la respuesta a problemas de autoestima, falta de apoyo moral o sentimientos de soledad. Además, las acciones autolesivas se describen con una intencionalidad reivindicativa, como una llamada de atención o grito de auxilio frente a la indiferencia u omisión de la institución y con el objetivo de exigir cambios, condiciones o derechos (traslados al módulo de enfermería, salidas al hospital, solicitud de más medicación, comunicaciones,

conducciones o cambios de prisión, etc.).

> "Para que no me pegaran los funcionarios. (…) Es que vinieron un montón a pegarme. Entonces te haces dos cortes. Yo no tengo ninguna enfermedad, pero...al final todo allí se aprende. Entonces tú sabes que, si te cortas así, ya está [Señala en vertical], pero si te la cortas así [horizontal] te la cosen y *au*. Te lo *apretas* y cuando entran sueltas un poco de sangre en el suelo y dices que tienes el SIDA o tienes una enfermedad grave, aunque sea mentira. Entonces se van *p'atrás* y no te pegan. ¿Qué prefieres?, ¿un cortecito o una paliza?" (Omar).

Discusión y conclusiones

Tal como describe González (2021), recuperando a Bourdieu, el poder de violencia simbólica impone categorías o significados como legítimos sin que se perciban como imposición y logra o fortalece el desarrollo de políticas como la penitenciaria gracias, entre otras cosas, al desconocimiento generalizado. Siguiendo este planteamiento, la cárcel, actualmente se nos presenta como un espacio terapéutico o de reinserción que, o bien, no se conoce, o, simplemente, se da por sentado. Este es uno de los motivos principales que nos llevan a problematizar en este contexto. En primer lugar, porque nada se puede dar por sentado. En segundo, porque la cárcel se configura como una estructura que guarece, se inserta y bebe de una concepción ontológica binaria (persona libre-decente/delincuente) y hegemónica que traslada a la persona presa a un lugar de otredad desde el que puede ejercerse la exclusión (Fernández, 2018). El castigo, así, se constituye como un elemento fundamental en la producción de categorías sociales, se impone con mayor legitimidad al provenir del Estado y "desplaza el carácter político de la dominación al orden más aséptico de la legalidad" (p.21) (González, 2021). Esto posibilita relaciones de poder y violencia que atraviesan los cuerpos de las personas presas e inevitablemente condicionan su salud. Así, otro de los motivos que nos acercan a la discusión planteada es la necesidad de articular un conocimiento sobre la salud que rehúya de la trampa epistémica de un modelo médico hegemónico que subalterniza e invalida saberes no provenientes de la biomedicina. Como enuncia Fernández (2018), "todo conocimiento es un conocimiento situado, creado en contextos históricos-sociales, geopolíticos y

culturales concretos y como tal hay que entenderlos, formularlos y utilizarlos" (p.87). En este sentido, nuestro propósito ha sido el de desenmarañar la urdimbre de saberes profanos en torno a las condiciones de vida (y, por tanto, de salud) experimentadas por las personas presas desde una perspectiva integral de la salud y centrada en el aspecto psicoemocional. No obstante, es complicado establecer conclusiones generalistas del fenómeno expuesto. Como se puede comprobar, el impacto que la prisión produce depende de la idiosincrasia de cada caso, de circunstancias como el tipo de cárcel, personalidad y nivel de resiliencia, el grado de clasificación establecido por la institución o el mantenimiento de vínculos con el exterior. Sin embargo, a pesar de la multicondicionalidad y la variabilidad de los efectos de la prisión en la salud autopercibida, no se pueden ignorar dichas consecuencias.

Siguiendo los planteamientos de Galtung (2017) la cárcel podría configurarse como un escenario de violencia. Ésta se ejerce de manera directa, visible, pero también es estructural, sistemática, invisible. Hemos podido comprobar cómo, la prisión, como institución totalizadora puede generar importantes consecuencias en la salud a nivel físico, social y psicoemocional. La cárcel se presenta como un contexto de deterioro al constituirse como limitador del nivel mental, social y biológico. La distribución del espacio, el hacinamiento o la falta de ventilación aumentan el riesgo de contraer enfermedades de transmisión por vía aérea o parasitosis. Todo esto sumado a la pobreza sensitiva instaurada por los muros y el aislamiento, puede conllevar otras secuelas físicas y sensoriales nada despreciables. Sin descontar aquellas alteraciones relacionadas con la somatización de la ansiedad o los problemas de acceso a la sanidad. Así lo documentan diversos estudios (Altamirano, 2013; García-Guerrero y Marco, 2012; Jaiki Hadi, 2019; Sánchez y Coll, 2016; Valverde, 2010; Zabala-Baños et al., 2016).

Pero más allá de estas consecuencias más visibles sobre la salud, existen otras, más discretas, que tienen que ver con la forma en que funciona el sistema penitenciario y que se entrecruzan afectando a diversas dimensiones.

La cárcel constituye un contexto inevitable de amenaza y peligro proveniente de múltiples direcciones. Esto conduce a la persona a una necesaria "lucha por la supervivencia" en una tentativa constante de adaptación al medio. En primer lugar, las relaciones interpersonales y de hostilidad forzadas o el maltrato institucional estructural y directo aumentan la tensión psicológica. Por un lado, el código del

interno (Sykes y Messinger, 2020) establece subgrupos y normas de conducta propias, difusas, variables que generan relaciones de dominio o sumisión y desembocan en un ambiente hostil, de agresividad, competencia o coacción. Por otro lado, el funcionamiento de la institución somete permanentemente a la persona privada de libertad a actuaciones represivas en múltiples formas (Lucena, 2020). Así, la adaptación a la vida en la cárcel se constituirá un proceso complejo que se manifiesta en distintos aspectos de la personalidad, las emociones, la conducta individual y grupal, y en la adopción de unas maneras de obrar y pensar al intentar acomodarse a un contexto que por definición es anormalizado (Valverde, 2010).

Además, la totalización carcelaria desplaza el locus de control, desresponsabiliza, desidentifica, hace dependiente a la persona y genera una sensación de fatalismo. Esto potencia su vulnerabilidad e infantilización, el sometimiento a lógicas de premios y castigos, y promueve la pérdida de volición (Abrego, 2021; Casado-Quintana y Moreno, 2015). Asimismo, la vigilancia constante impone una ausencia de intimidad permanente que actúa como importante estresor. La ansiedad también se materializa en la preocupación por el futuro, la pérdida de oportunidades o la incertidumbre que antecede al posible estigma o invalidación social. Lo que mezclado con la pérdida de referencias o vínculos externos deriva en la asunción subjetiva del rechazo social que complica la reinserción (Zubiría, 2018).

En definitiva, la cárcel es descrita como un entorno potencialmente traumatogénico. Esto conecta con la idea de trauma complejo o repetido de Judith Herman recuperada por Dechiara et al. (2009), que describe cómo la persona en cautividad puede verse sometida al trauma prolongado al ser incapaz de escapar de las condiciones de vida que lo generan. De hecho, la propia institución reconoce la instauración de estados emocionales como la incertidumbre, el desconcierto, la agresividad, el egoísmo, la inquietud, la indefensión, la soledad… (SGIP, 2017) que son descritos por los informantes. Así, la cárcel se presenta como un entorno que distorsiona la percepción personal y, por tanto, el estado y afrontamiento psicoemocional, las relaciones y la propia autoestima (Abrego, 2021).

Como podemos comprobar, la cárcel se percibe como un generador de padecimientos. Frente a éstos, emanan saberes no específicos de la propia experiencia del afligido, alejados de la biomedicina y que, más allá de lo incorrectas que puedan sugerirnos sus explicaciones causales, se significan como mecanismos

de defensa frente al entretejido de violencia. Se presentan como recursos de automedicación o autoatención en el malestar.

En primer lugar, la realización de actividades o trabajo se podría configurar como un recurso que escoge la persona y que favorece el autocuidado individual al alejarla de espacios conflictivos. Además, otorgaría un rol facilitador dentro de la dinámica relacional obteniendo cierto respeto. Por otro lado, el mantenimiento del vínculo exterior se constituye como factor protector, evita la pérdida de referencias externas y, por tanto, la rendición al proceso de totalización (OSPDH, 2006).

La droga y los delitos relacionados con ella conforman uno de los motivos principales que explican el ingreso en prisión (Cuadrado et al., 2018; González, 2012). Pero no tan solo, el encarcelamiento promueve la adicción debido a los sentimientos de estigmatización, el afianzamiento de la mala perspectiva económica, la ruptura de vínculos familiares y sociales, y el empeoramiento de la salud mental individual (The Lancet Public Health, 2019). Desde otra perspectiva, el consumo de drogas puede adquirir un carácter de automedicación, en tanto que su intención, a parte del disfrute, proporciona un alivio del dolor, la angustia o la depresión (Menéndez, 2009).

Sucede lo mismo con los psicofármacos. La Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA, 2016) afirma que más de la mitad de las personas presas los consumen. Estas llamativas cifras coinciden con una prevalencia de diagnósticos psiquiátricos cinco veces superior a la población en general. No obstante, en el contexto del padecimiento descrito, la persona presa se autoadministraría estos medicamentos con una intencionalidad diferente a los efectos específicos de su principio activo.

Dicho de otra manera, frente a las condiciones del encierro penitenciario, los hábitos tóxicos constituyen mecanismos de adaptación (González, 2012; Valverde, 2010). También hemos visto otras sustancias como el café o el tabaco, que se convierten en elementos clave en la dinámica de vida carcelaria y sirven de mecanismo para el combate de la ansiedad o el aburrimiento (González, 2012). De manera análoga a como plantean Carceller-Maigas et al. (2014) con los jóvenes con depresión/ansiedad, el tabaco podría presentarse como un recurso de automedicación frente al malestar de las personas presas. Incluso, se establecen como un privilegio mínimo que facilita a la persona edificar su mundo (Goffman,

2012) y se constituyen como componentes centrales de la cultura y la vida en prisión al permitir emular rituales de socialización.

Por otro lado, la visión oficial/institucional que reconoce un carácter querulante y manipulativo en la autolesión (ingesta de tóxicos, ahorcamientos, precipitaciones, mutilaciones, huelgas de hambre, etc.) (Peñafiel et al., 2011), contrasta con las significaciones vertidas en los relatos que entienden ésta más como un reclamo o grito de auxilio. Si la prisión se percibe como una violencia que afecta de manera sistemática al estado emocional, el cuerpo, como entidad de subjetivación, se convierte en terreno donde se comunica la opresión vivida. Es el ámbito donde se ejerce la violencia de la institución, pero, al mismo tiempo, es el lugar donde se generan resistencias, supervivencias o acomodamientos (Correa-Urquiza, 2017). El daño personal, por tanto, puede presentarse como un recurso profano que se manifiesta de manera desordenada y que confronta la violencia estructural o directa, en un intento de recuperar autonomía o cierta parcela de libertad.

La prisión se percibe como un entorno extraño que somete a la persona a una necesaria adaptación mediante la reproducción de una serie de conductas y lógicas que, fuera de este contexto, podrían considerarse desadaptadas. Recuperando a Foucault (1979b), podrían constituirse como aquellas resistencias que se generan en las relaciones de poder frente al entretejido de violencia. Es decir, frente al sufrimiento que genera la cautividad de la prisión se generan estrategias que, más allá de nuestra consideración moral, conforman una terapéutica que no se puede omitir en la construcción de un itinerario que incorpore el encuentro de perspectivas o relatos frente a un discurso hegemónico sobre la salud en prisión. La amalgama de padecimientos físicos emocionales y psicosociales exigen preguntarse sobre la funcionalidad misma de la institución carcelaria y si ésta constituye un mecanismo fundamentalmente punitivo. La afectación de la salud y el retorno a la sociedad de individuos aquejados de diversos traumas o afecciones demandaría cuestionar el llamado principio rehabilitador de la prisión.

Bibliografía

Abrego, N. (2021). *Fent visible l'invisible: impactes psicosocials de la violéncia institucional. La impunitat i la revictimització a revisió.* Irídia https://iridia.cat/wp-content/uploads/2022/02/Informe-Psico-2021_corregit.pdf

Altamirano, Z. (2013). *El bienestar psicológico en prisión: antecedentes y consecuencias* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio de UAM. http://hdl.handle.net/10486/13008

Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. (2016). *Sanidad en prisión*. *La salud robada entre cuatro muros.* APDHA. https://www.apdha.org/media/informe-sanidad-en-prision-web.pdf

Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático. Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria; UNSL. http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/Discruptivo-traumatico.pdf

Cabrera, P.J. (2011). Exclusión social y prisiones. *Documentación social,* (161), 43-65.

Carceller-Maigas, N., Ariste, S., Martínez-Hernáez, A., Martorell-Poveda, M.A., Correa-Urquiza, M., & Digiacomo, S.M. (2014). El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto. *Revista online Adicciones*, *26*(1), 34-45. https://doi.org/10.20882/adicciones.127

Casado-Quintana, N., & Moreno, P. (2015). El fatalismo como consecuencia del internamiento en prisión y su relación con otras variables psicosociales. *Apuntes de Psicología*, *33*(2), 49-56. https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/562/425

Clemmer, D. (1958). *The Prison Community* (2ª ed.). Rinehart & Winston.

Constitución Española [Const] Art. 25.2 de 29 de diciembre de 1978. *Boletín Oficial del Estado, 311,* de 29 de diciembre de 1978. https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con

Conti, M. J. (2009). Enfermería y antropología: la literatura internacional. En Comelles, J. M., Martorell, M. A., & Bernal, M., (Eds.), *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (pp. 219-233). Icaria.

Correa-Urquiza, M. (2017). El cuerpo silenciado. Reflexiones sobre los itinerarios corporales de la locura. En Comelles, J. M., & Perdiguero, E., (Eds.), *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales* (pp. 321-338). Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.

Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 38*(134), 567-585. https://doi.org/10.4321/s0211-57352005000200001

Crespo, F. (2017). Efectos del encarcelamiento: una revisión de las medidas de prisionización en Venezuela. *Revista criminalidad*, *59*(1), 77–94. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6121243

Cuadrado, A., Valiente, M., Sobrino, C. & Becerra, I. (noviembre, 2018). Atención Primaria Penitenciaria: una tarea pendiente. *La Cabecera.* https://lacabecera.org/atencion-primaria-penitenciaria-una-tarea-pendiente/

Dechiara, P., Furlani, L. B., Gutiérrez, N. G., & Kratje, P. (2009). Efectos del cautiverio de las cárceles sobre las personas privadas de libertad. *Revista de Epistemología y Ciencias Humanas*, 161-190. http://www.plagios.org/wp-content/uploads/2016/04/Anexo-9.-Efectos-del-cautiverio.-Dechiara-y-otros-2009.pdf

Encina, J., Urteaga, E., & Ezeiza, A. (2018). Salud e ilusionismo social. En J. Encina, E. Urteaga & A. Ezeiza (Coord.), *Autogestión cotidiana de la salud.* (pp. 19-41). Volapük

Fernández, L. (2018). *Hacia mundos más animales. Una crítica al binarismo ontológico desde los cuerpos no humanos*. Ochodoscuatro.

López, F., & Gallardo, J. (2020). *Voces desde la prisión. Un análisis de la salud autopercibida y la calidad de vida en las personas encarceladas* [Tesis de Final de Grado, Universitat Rovira i Virgili]. Repositorio de la URV. http://hdl.handle.net/20.500.11797/TFG2734

Foucault, M. (1979a). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.

Foucault, M. (1979b). *Microfísica del poder*. (2ª ed.). La Piqueta.

Galtung J. (2017). La violencia: cultural, estructural y directa. En Ministerio de Defensa (Ed.), *Cuadernos de Estrategias 183. Política y Violencia: comprensión teórica y desarrollo en la acción colectiva* (pp. 147-168). Ministerio de Defensa. http://www.ieee.es/Galerias/fichero/cuadernos/CE_183.pdf

García-Guerrero, J., & Marco, A. (2012). Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *14*(3), 106-113. https://doi.org/10.4321/s1575-06202012000300006

Goffman, E. (2012). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (2ª ed.). Amorrortu.

González, I. (2012). La cárcel en España: mediciones y condiciones del encarcelamiento en el siglo XXI. *Revista de derecho penal y criminología*, *3*(8), 351-40. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4070764

González, I. (2021). *Neoliberalismo y castigo*. Bellaterra.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Bellaterra.

Irídia. (2021). *Informe sobre violència institucional*. Irídia. https://iridia.cat/wp-content/uploads/2022/03/Informe-SAIDAVI-2021-CAT_digital_FINAL-1.pdf

Jaiki Hadi. (2019). *Informe sobre cárcel y salud*. Etxerat. https://www.etxerat.eus/index.php/es/informes/jaiki-hadi

Kleinman, A. (1980). *Patiens and healers in the context of culture.* University of California Press.

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. *Boletín Oficial del Estado, 239,* de 25 de octubre de 1979. https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con

Lucena, M.P. (2020). La cárcel ignorada: más allá de los números que explican el universo penitenciario catalán. *Revista Crítica Penal y Poder,* (20), 282-302. https://revistes.ub.edu/index.php/CriticaPenalPoder/article/view/31886/31687

Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque*

relacional en el estudio de la salud colectiva. Lugar Editorial.

Menéndez, E. L. (2016). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografía de Catalunya*, (3), 84-119. https://doi.org/10.17345/aec3.84-119

Ministerio del Interior. (2019). *Anuario estadístico del Ministerio del Interior 2018.* Ministerio del Interior. http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario+Estad%C3%ADstico+del+Ministerio+del+Interior+2018/5a35fad7-5386-44fb-83ae-9b14e678cc4a

Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos. (2006). *La cárcel y el entorno familiar. Estudios de las repercusiones del encarcelamiento sobre las familias: problemáticas y necesidades*. Ajuntament de Barcelona.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos* (48ª ed.). Ginebra: Ediciones de la OMS. (Versión original, 1948) http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7

Peñafiel, A., Marco, A., Cardona, F. J., Osanz, F., Arrtigot, M. R., & Tarrés, Y. (2011). El enclavamiento craneal, una forma de autolesión poco común. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *13*(1), 30-32. https://doi.org/10.4321/s1575-06202011000100005

Raile, M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. (9ª ed.). Elsevier.

Ruiz, J. I (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *39*(3), 547–61. https://www.redalyc.org/pdf/805/80539308.pdf

Sánchez, M., & Coll, A. (2016). Prison nursing and its training. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 18, 110-118.

Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (2014). *El sistema penitenciario español*. Ministerio del Interior. https://prisionesformacion.com/wp-content/uploads/el-sistema-penitenciario-espanol.pdf

Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (2017). *Documentos Penitenciarios 16. La estancia en prisión: consecuencias y reincidencia*. Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica. http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/La_estancia_en_prision_126170566_web.pdf/9402e5be-cb74-4a2d-b536-4a3a9de6ff59

Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (2022, abril). *Estadística Penitenciaria.* https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/administracion-penitenciaria/estadistica-penitenciaria

Sistema de Registro y Comunicación de la Violencia Institucional SIRECOVI. (2018). *La Violencia Institucional en Cataluña. Primer informe.* Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos, Universidad de Barcelona. https://www.ub.edu/portal/documents/10080835/10975974/SIRECOVI+INFORME+GENERAL-comprimido.pdf/ea5068b2-9946-924e-51cd-fa8990da8497

Sykes, G., & Messinger, S. (2020). El sistema social de los presos. *Cuadernos de Investigación: Apuntes y Claves de Lectura, 3*(3), 50-72. https://www.lesyc.com/_files/ugd/f455e4_9c4180259f7348da838e76b9aa43b90a.pdf

The Lancet Public Health. (2019). US mass incarceration damages health and shortens lives. *Lancet Public Health*, *4*(7): e311. http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30114-8

Valverde, J. (2010). *La cárcel y sus consecuencias*. Madrid: Popular.

Yagüe-Olmos, C., & Cabello-Vázquez, M. I. (2008). Programa de deshabituación tabáquica para internos y trabajadores de un centro penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *10*(2), 57-64. https://doi.org/10.4321/s1575-06202008000200005

Zabala-Baños, M. C., Martínez, M., Segura, A., López, O., González, J., Romero, D. M., Tort, V., Vicens, E., & Dueñas, R.M. (2016). Medición de la calidad de vida en la población penitenciaria española. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 16*, 34-47. https://www.masterforense.com/pdf/2016/2016art3.pdf

Zubiría, S. (2018). Consecuencias psicosociales del internamiento en prisión: especial

referencia a penados por violencia de género. En C. González (Dir.), *Realidad Carcelaria desde una aproximación estructural.* Actas sobre Jornada en la Universidad Rey Juan Carlos, España. https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/15208/Realidad%20carcelaria%20corregido.pdf?sequence=1&isAllowed=y