

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE PSICOPATOLOGÍA EN JÓVENES PRESIDARIOS. RELACIÓN CON EL TIEMPO DE RECLUSIÓN Y SITUACIÓN PENITENCIARIA

COPING STRATEGIES AND PSYCHOPATHOLOGY IN YOUNG MALE INMATES. RELATIONSHIP WITH TIME SPENT IN PRISON AND REMAND OR CONVICTED STATUS

TERESA KIRCHNER¹

Universidad de Barcelona

Recibido 4-4-03

Aceptado 1-7-03

Resumen

Suele interpretarse el afrontamiento (coping) como una variable que mediatiza o modera el efecto desestabilizador del estrés. En líneas generales el afrontamiento basado en la aproximación al problema se relaciona con una mayor salud mental, mientras que el focalizado en la evitación se relaciona con un incremento del malestar psicológico. El *objetivo* de este estudio se centra en analizar el tipo de estrategias que priman jóvenes reclusos según su grado de desajuste psicológico, y determinar la influencia de dos variables relativas a la propia situación de reclusión: tiempo transcurrido en la cárcel y situación penitenciaria (presos preventivos *versus* penados). La muestra está compuesta por 107 varones reclusos, con una edad media de 20 años. Los instrumentos utilizados son: *Coping Responses Inventory- Adult Form* (Moos R.H., 1993) y MMPI-2 (adaptación española). Los *resultados* indican que los presos con puntuaciones sintomáticas en el MMPI-2 utilizan más frecuentemente estrategias de foco evitativo, específicamente la *Descarga Emocional*. La situación penitenciaria y el tiempo transcurrido en la cárcel tienen escasa influencia como variables explicativas del nivel de psicopatología expresada.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, Estrategias de evitación, Estrategias de aproximación, Psicopatología, Estrés.

Abstract

Coping is usually interpreted as a variable that mediates or moderates the destabilizing effect of stress. Generally speaking, approach coping is related to better mental health, while avoidance coping is associated with increased psychological malaise. The aims of this study were: a) to analyze the strategies used by young prison inmates in accordance with their degree of psychological maladjustment, and b) to determine the influence of two variables related to their situation: time spent in prison and their status (remand or convicted). The sample comprised 107 male inmates, with an average age of 20 years. The instruments used were the Coping Responses Inventory- Adult Form (Moos R.H., 1993) and the Spanish adaptation of the MMPI-2. Prisoners with symptomatic scores on the MMPI-2 used avoidance strategies more frequently, in particular emotional discharge. The prison status (remand or convicted) and time spent in prison had little value as explanatory variables of the level of psychopathology they expressed.

Key words: Coping Strategies, Avoidance Coping, Approach Coping, Psychopathology, Stress.

¹ Correspondencia: Teresa Kirchner. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Passeig de la Vall d'Hebron, 171, 08035 Barcelona. Spain. // e-mail tkirchner@ub.edu // Teléfono. 93.312.51.22.

Introducción

Desde que el concepto de afrontamiento (*coping*) se introdujo en el ámbito de la psicología, numerosos estudios se han centrado en relacionarlo con la salud mental. A nivel conceptual y metodológico se interpreta el afrontamiento como una variable de carácter bien sea mediador, bien moderador, que modifica los efectos desestabilizadores del estrés. El concepto incluye todos los recursos y mecanismos bio-psico-sociales que activa el sujeto ante una situación que le genera malestar y tensión. La calidad y adecuación de estos recursos incidirá en el grado de ajuste psicológico.

De las diversas clasificaciones que se han efectuado de este constructo las que han originado mayor número de estudios son las que se basan en su funcionalidad. Estas clasificaciones derivan de las dos grandes posibilidades que tiene el sujeto cuando se enfrenta a un estresor o situación compleja: intentar afrontarlo y minimizar o anular su efecto (afrontamiento focalizado en el **problema**) o bien regular el estado emocional que le ha provocado (afrontamiento focalizado en la **emoción**).

Algunos autores (por ejemplo Moos, 1993) abogan por una concepción multidimensional de las estrategias de afrontamiento, sustentada en dos ejes categóricos: el foco de afrontamiento y el método de afrontamiento. Dentro del foco cabe distinguir dos estilos de transacción: uno centrado en el problema, al que se denomina de *aproximación*, y otro focalizado en la emoción, al que se denomina de *evitación*. Por su parte, el método puede subdividirse en *cognitivo*, que implica algún tipo de acción mental para combatir el estrés, y *conductual*, que supone algún tipo de acción externa. Otros autores hablan de afrontamiento activo (equiparable en alguna medida al centrado en el problema o de aproximación) y afrontamiento pasivo (similar conceptualmente al focalizado en la emoción o evitativo).

Las relaciones entre estrategias de afrontamiento y salud mental son complejas y los datos procedentes de diferentes investigaciones no siempre son concordantes. Algunos autores ponen de relieve que el afrontamiento centrado en el problema decrementa el malestar psicológico

y el focalizado en la emoción lo incrementa (Felton y Revenson, 1984; Griffith, Dubow y Ippolito, 2000). Otros, sin embargo, obtienen resultados contrarios (Baum, Fleming y Singer, 1983; Marrero, 1982. Para una revisión ver Aldwin 1994). Algunos investigadores sostienen que ambas modalidades de afrontamiento son importantes de cara a la óptima adaptación al estrés, dependiendo del tipo de estresor (Stern y Zevron, 1990). Por ejemplo, ante estresores relacionados con la familia los adolescentes utilizan preferentemente estrategias de evitación, en cambio frente a estresores escolares suelen utilizar estrategias de aproximación (Griffit, Dubow e Ippolito, 2000). Asimismo, la controlabilidad percibida del elemento estresante incide en el tipo de estrategia usada y en la efectividad de la misma para reducir el grado de estrés (Mattlin, Wethington, y Kessler, 1990; Spivack y Shure, 1985; Vitaliano, De Wolfe, Maiuro, Russo, y Katon, 1990). Seiffge-Krenke (2000), en uno de los escasos estudios longitudinales que se han efectuado sobre este tema, evidencia una clara relación entre afrontamiento evitativo y psicopatología, relación que se mantiene a lo largo del tiempo. Asimismo se ha puesto de relieve la relación entre trastornos específicos, concretamente depresivos, y estilo de afrontamiento evitativo (Lapointe y Marcotte, 2000; Roberts, Roberts y Chen, 2000; Vendette y Marcotte, 2000; Windle y Davies 1999).

En situaciones vitales que implican un alto grado de estrés se aprecia un aumento de las estrategias de afrontamiento, especialmente de las de tipo evitativo (para una revisión ver Aldwin 1994). De aquí que las poblaciones penitenciarias hayan sido objeto de numerosas investigaciones, por el elevado grado de tensión que genera la situación de reclusión. Un estudio de Jones (1976) puso de relieve que el grado de estrés entre los prisioneros es 3,6 veces más elevado que entre la población general de adultos de Estados Unidos. Blaauw y Kerkhof (1998) y McKay, Jaywardene y Reddie (1979) evidenciaron un aumento del estrés entre la población reclusa, relacionado fundamentalmente con la privación de las relaciones con el mundo exterior y todas sus consecuencias (restricción de relaciones sexuales heterosexuales, escasa autonomía, pérdida de seguridad personal). Esta elevada tensión se traduce en un importante

incremento de los intentos de suicidio (Liebling, 1992) y otras conductas desadaptativas, como por ejemplo un aumento de la conducta autolestiva (Kirchner y Mohino 2003). McDonald y Thomson (1993) afirman que el riesgo de suicidio en situación de custodia policial es mucho mayor que el de la población no reclusa.

Los presos no siempre cuentan con unas estrategias suficientemente efectivas para afrontar esta situación que exige una fuerte activación de recursos. Zamble y Porporino (1990) demuestran que los prisioneros utilizan estrategias de afrontamiento caracterizadas por la reacción emocional y la evitación, más bien que aquellas focalizadas en el problema, dato confirmado por un estudio de Mohino, Kirchner y Forns (2004). Este aumento importante de demandas ambientales, si no va acompañado por un incremento adecuado de activación de recursos, puede derivar en desequilibrios psicológicos.

Los objetivos de este estudio se centran en determinar: a) si existe relación entre uso de estrategias de afrontamiento específicas y nivel de psicopatología expresada, en una población sometida a un alto nivel de estrés, como pueda ser la población reclusa. b) si existen diferencias en el uso específico de determinadas estrategias de afrontamiento entre dos grupos de presos: un grupo que presenta indicadores de psicopatología y otro sin sintomatología expresada. c) Asimismo, interesa comprobar la influencia de dos variables relativas a la propia situación de reclusión: tiempo transcurrido en la cárcel y situación penitenciaria (presos preventivos versus sentenciados).

Método

Sujetos

La muestra está compuesta por 107 varones reclusos ingresados en el *Centre Penitenciari de Joves de Barcelona*. El 63,8% cumple condena por delito de robo con fuerza o intimidación; el 12,4% por homicidio o intento de asesinato; el 4,8% por abusos sexuales y el porcentaje restante por otros tipos de delito que van desde el hurto, a las estafas y lesiones. La edad media de los sujetos es de 19.89 años (DT=1.46) y el rango de

edad oscila desde un mínimo de 18 años a un máximo de 25. El 78% posee una educación elemental y no ha obtenido el Graduado Escolar; el porcentaje restante incluye sujetos que han realizado algún curso de ESO, algún curso de Bachillerato o de Formación profesional.

Se seleccionó a los sujetos mediante un muestreo no probabilístico accidental dentro del nivel avanzado de dicho centro. El nivel avanzado engloba, según criterios de la Junta de Tratamiento, a internos preventivos y a penados clasificados en segundo grado de tratamiento. Este nivel corresponde a jóvenes que presentan habilidades de relación adecuadas y una cierta capacidad de autocontrol.

Instrumentos

Para evaluar las estrategias de afrontamiento se ha escogido el *Coping Responses Inventory-Adult Form (CRI-A)* (Moos R.H., 1993) porque se adapta a nuestro objetivo de explorar y contrastar tanto foco como método de afrontamiento, circunstancia que posibilita efectuar inferencias sobre las preferencias de poblaciones específicas. Por otro lado, se trata de una prueba con garantías psicométricas adecuadas. Según los datos referidos por el autor, la consistencia interna de las escalas aporta coeficientes *alfa* que fluctúan entre .59 y .74 según escalas y género; en la población concreta de varones, oscila entre .61 y .74.

El *CRI-A* evalúa 8 estrategias de afrontamiento. Las primeras cuatro escalas evalúan estilos basados en la aproximación al problema (*Análisis Lógico, Reevaluación Positiva, Búsqueda de Guía y Soporte y Resolución de Problemas*). Las cuatro restantes evalúan estilos de evitación o centrados en la emoción (*Evitación Cognitiva, Aceptación-Resignación, Búsqueda de Recompensas Alternativas y Descarga Emocional*). De la misma forma, las dos primeras escalas de cada bloque evalúan métodos cognitivos y las dos restantes conductuales.

El cuestionario se compone de tres partes diferenciales. En la primera, el sujeto ha de describir un problema o situación difícil al que haya tenido que enfrentarse durante los últimos doce meses. La segunda parte proporciona

Tabla 1. Escalas del CRI-Adult (Moos, 1993)

- **Análisis Lógico (LA).** Estrategia cognitiva cuyo objetivo es entender y prepararse mentalmente para enfrentarse con el estresor y sus consecuencias. Se compone de 6 ítems del tipo: «¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema?».
- **Reevaluación Positiva (PR).** Su finalidad es reconstruir el problema de forma positiva mientras se acepta la realidad de la situación. Por ejemplo: «¿Intentó ver el lado positivo de la situación?».
- **Búsqueda de Guía y Soporte (SG).** Su objetivo es buscar información, soporte y ayuda ante el estresor. Por ejemplo: «¿Habló con algún amigo sobre el problema?».
- **Resolución de Problemas (PS).** Se realiza alguna acción con la finalidad de acabar directamente con el problema. «¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?».
- **Evitación Cognitiva (CA).** Se utiliza esta estrategia para evitar pensar realmente en el problema o estresor. La escala está compuesta por 6 ítems del tipo: «¿Intentó olvidarlo todo?».
- **Aceptación-Resignación (AR).** Su finalidad es la aceptación del problema y la adopción de una actitud de resignación frente al mismo. «¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?».
- **Búsqueda de Recompensas Alternativas (SR).** Consiste en paliar el efecto del estrés que engendra el problema involucrándose en actividades con la finalidad de crear nuevas formas de satisfacción. Por ejemplo: «¿Empleó mucho tiempo en actividades de recreo?».
- **Descarga emocional (ED).** Consiste en reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos. La escala está compuesta por 6 ítems como el que se cita: «¿Lloró para manifestar sus sentimientos?» (Moos, 1993, p. 15).

información sobre cómo el individuo valora el problema descrito. La tercera parte del cuestionario, utilizada en este estudio, contiene 48 ítems con cuatro opciones de respuesta (*Likert* del 0 al 3), que constituyen las 8 escalas del cuestionario que miden las estrategias propiamente dichas. Ver tabla 1.

Para este estudio en concreto, y con la finalidad de obtener estimadores globales de los dos focos y los dos métodos de afrontamiento que evalúa el CRI-Adult, se han obtenido cuatro escalas globales equivalentes a los sumatorios de las escalas simples correspondientes: *Escala Global de foco de Aproximación (LA, PR, SG, y PS)*, *Escala Global de foco de Evitación (CA, AR, SR, y ED)*, *Escala Global de método Cognitivo (LA, PR, CA y AR)* y *Escala Global de método Conductual (SG, PS, SR y ED)*. Utilizando este recurso se pretende determinar el peso relativo de las estrategias de evitación y de aproximación, por un lado, y de las cognitivas *versus* conductuales, por otro, en este tipo de población específica.

Para determinar el nivel de psicopatología se ha utilizado la adaptación española del MMPI-2 (Ávila y Jiménez, 1999), uno de los tests más clásicos y paradigmáticos en este ámbito.

Procedimiento

Dado que el *CRI-Adult Form (CRI-A)* no estaba traducido al castellano en el momento de iniciar esta investigación, se efectuó, como paso previo, una traducción de la prueba del inglés al castellano y posteriormente una *back translation* a la que el propio autor del test, R. H. Moos, y la editorial difusora (PAR) dieron su conformidad.

Previamente a la aplicación se requirió el consentimiento del Departament de Justícia de la *Generalitat de Catalunya* para hacer un estudio sobre jóvenes delincuentes. La aplicación de las pruebas fue por pares de sujetos, en aras a aumentar la fiabilidad de los datos obtenidos.

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre las escalas del CRI-A y del MMPI-2

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
LA	-.061	.025	-.083	-.100	-.102	-.129	.068	-.143	-.006	.022	.070	.125	.029
PR	-.039	-.114	.038	-.060	-.263**	-.084	-.155	-.111	-.201*	-.096	-.080	.136	-.258**
SG	.023	-.119	-.051	-.002	-.044	-.077	-.089	.025	.057	.036	.024	-.008	-.037
PS	.070	-.093	-.001	.050	-.194	-.025	-.086	.011	-.034	-.020	-.004	.139	-.176
CA	-.162	.195	-.084	.001	.086	-.041	-.099	.088	.039	.165	.213*	.089	.069
AR	-.086	.206*	-.150	.002	.124	-.025	.086	.058	.180	.235*	.285	.256**	.164
SR	.079	-.133	.172	.101	-.156	.058	-.231*	.002	-.068	-.063	-.023	.047	-.199*
ED	-.085	.289**	-.281**	.252*	.264**	.189	.215*	.105	.407**	.330**	.389**	.175	.338**
Aproximación	.000	-.111	-.034	-.038	-.220*	-.113	-.098	-.077	-.066	-.021	.003	.142	-.164
Evitación	-.105	.225*	-.133	.145	.125	.073	-.025	.105	.221*	.270**	.352**	.231*	.143
Cognitivo	-.131	.120	-.103	-.055	-.051	-.100	-.041	-.034	.005	.123	.183	.220*	.004
Conductual	.035	-.027	-.052	.148	-.055	.054	-.079	.052	.128	.099	.138	.131	-.037

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$.

Asimismo, se solicitó a los examinados su colaboración voluntaria y se garantizó el anonimato mediante la asignación de un código para cada uno de los participantes.

Las sesiones de recogida de información se realizaron desde septiembre de 1999 hasta octubre de 2.000 en unas dependencias ubicadas en el propio centro penitenciario habilitadas a tal fin.

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 11.0 para Windows.

Resultados

En primer lugar se han calculado los coeficientes de fiabilidad del CRI-A para la población muestral, mediante los índices de consistencia interna *alfa* de Cronbach y dos mitades de Guttman. Los resultados son los que se indican: Escala total: $\alpha = .776$, Guttman = .764. Escala de aproximación: $\alpha = .742$, Guttman = .753. Escala de evitación: $\alpha = .619$, Guttman = .529. Escala de método cognitivo: $\alpha = .728$, Guttman = .781.

Escala de método conductual: $\alpha = .731$, Guttman = 724. Los índices de consistencia son muy similares a los hallados por Moos (1993) en la población de estandarización y nos permiten utilizar esta prueba en versión castellana con garantías.

a) Relación entre las escalas del CRI-A y del MMPI-2

En la tabla 2 se muestra la matriz de correlaciones entre las escalas del CRI-A y las del MMPI-2.

Se observa una relación significativa, aunque moderada, entre algunas de las escalas del CRI-A y del MMPI-2. Los coeficientes más elevados son los que corresponden a la escala de *Descarga Emocional* (ED) que correlaciona prácticamente con todas las escalas clínicas del MMPI-2, especialmente con Pa y Sc. Es de destacar que la escala *Reevaluación Positiva* (PR) correlaciona con signo negativo con las escalas D, Pa y Si, denotando que los sujetos con conductas típicas de la depresión, paranoia e introversión social efectúan con menor frecuencia reevaluaciones positivas de la situación. De las

Tabla 3. Regresión jerárquica analizando la validez incremental de las escalas del CRI-A (variables independientes) en la predicción de psicopatología (escalas del MMPI-2)

MMPI-2 V. Dependientes	R ² Total	CRI-A V. Independientes con peso significativo*	Cambio en R ²	p
D	.181	PR ED	.059 .058	p = .014 p = .012
Pa	.226	PR AR ED	.045 .043 .121	p = .033 p = .037 p < .001
Pt	.168	AR ED	.039 .075	p = .049 p = .005
Sc	.226	CA AR ED	.054 .049 .105	p = .021 p = .024 p = .001
Si	.226	PR ED	.083 .080	p = .004 p = .003

* Se ha mantenido el acrónimo en inglés para facilitar la comparación transcultural.

escalas globales del CRI-A, la única que mantiene correlaciones con las escalas clínicas es la de *evitación* y, muy marginalmente, la de método *cognitivo*. Puede observarse que las escalas Hy y Mf muestran gran independencia con respecto a las estrategias del CRI-A.

Para determinar el peso explicativo incremental de las distintas estrategias de afrontamiento del CRI-A sobre las diferentes manifestaciones psicopatológicas, se han realizado ocho regresiones jerárquicas, tomando como variable dependiente cada una de las escalas clínicas del MMPI-2 y como variables independientes las ocho estrategias del CRI-A entradas una a una en distintos bloques. En la tabla 3 se exponen los resultados. Sólo se han incluido las escalas del MMPI-2 que han obtenido porcentajes de varianza superiores al 15% y las escalas del CRI-A con peso significativo en el cambio de F.

Puede observarse en la tabla 3 que las tres estrategias de afrontamiento con mayor poder explicativo de las diferentes sintomatologías son *Aceptación-Resignación*, *Reevaluación Positiva* y, especialmente, *Descarga Emocional*, que es la que aporta sistemáticamente cambios más elevados en R². De forma marginal, la estrategia de *Evitación Cognitiva* parece tener cierto peso explicativo en la elevación de la escala Sc.

b) *Diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento entre grupos de presos con y sin sintomatología*

Para contrastar el segundo objetivo de este estudio se han seleccionado dos tipos de grupos de reclusos: un grupo de contraste y tres grupos subclínicos. El grupo de contraste está formado por presos que no presentan ninguna puntuación T \geq a 65 en ninguna de las escalas clínicas del MMPI-2 (excepto Pd, por las razones que aduciremos más adelante). Los otros grupos, denominados subclínicos, están formados por sujetos que han obtenido puntuaciones T \geq a 65 en alguna o algunas escalas del MMPI-2. Es un hecho conocido que las escalas del MMPI-2 mantienen entre sí altas correlaciones que también se observan en nuestra población. Los coeficientes de Pearson en nuestra muestra llegan a alcanzar valores máximos r = .828 (X_r = .370) siguiendo un patrón bastante similar al de la adaptación española (Avila y Jiménez, 1999). Este dato indica, entre otras consideraciones relativas a la validez de constructo y consistencia interna del test, una alta comorbilidad sindrómica que podría distorsionar los resultados obtenidos. Por ello, para seleccionar a los grupos subclínicos se ha optado por utilizar las

escalas que ponderan en los ejes factoriales derivados de los estudios españoles: factor I, relacionado con los trastornos psicóticos, factor II, relacionado con el comportamiento inhibido-deprimido y factor III vinculado a las conductas somatoformes.

El factor I es el que explica mayor proporción de la varianza (39% en la población muestral de varones españoles). Está compuesto por las escalas clínicas: Ma (0.87), Sc (0.85), Pt (0.73), Pd (0.72) y Pa (0.52). El primer grupo subclínico de reclusos presenta puntuaciones $T \geq 65$ en todas o alguna de las escalas que conforman el eje factorial ($n = 79$). Dado que los sujetos de nuestra muestra, en mayor o menor medida, han cometido actos antinormativos, para este análisis se ha excluido la escala Pd, tanto para el grupo de contraste, como para el subclínico.

Previamente al análisis, se ha verificado la validez de los datos mediante el índice de Gough (1950): grupo de contraste ($F-K = -2$), grupo subclínico ($F-K = +9$). Ambos perfiles pueden considerarse válidos, si bien el del grupo subclínico «Psicótico» tiende al *faking bad* o simulación de patología.

En la tabla 4 se exponen los estadísticos descriptivos de ambas poblaciones y los contrastes U de *Mann Whitney* para las distintas escalas del CRI-A. Las diferencias significativas entre ambos grupos de reclusos se obtienen exclusivamente en las estrategias de *Descarga Emocional* y *Aceptación-Resignación*. Dado que el grupo de contraste tiene escasos efectivos, lo que puede incidir en la potencia del estadístico de contraste, se ha calculado el tamaño del efecto de estas dos escalas mediante el índice d de Cohen (1977) siendo para *Descarga Emocional*: $d = 0.71$ y para *Aceptación-Resignación*: $d = .62$. Las estrategias globales de evitación presentan un ligero repunte en el grupo subclínico, si bien no llega a alcanzar significación estadística.

El factor II del MMPI-2 explica el 29% de la varianza en la muestra de estandarización de varones españoles y está compuesto por las escalas Si (0.91), D (0.80) y Pt (0.58). La muestra subclínica está compuesta por reclusos con puntuaciones $T \geq 65$ en las escalas Si y/o D ($n = 18$). Se ha omitido la escala Pt porque ya ha sido

incluida en el factor I, donde presenta mayor peso factorial. Se ha verificado la sinceridad en las respuestas del grupo subclínico mediante el índice de Gough: ($F-K = +11$). Si bien el perfil es válido, presenta una tendencia bastante acusada al *faking bad*.

Se observa que las diferencias significativas entre ambos grupos se polarizan en torno a tres escalas: *Reevaluación Positiva*, *Búsqueda de Recompensas Alternativas* y *Descarga Emocional*. Si bien los niveles de significación no son muy elevados, en parte debido al escaso tamaño muestral, la magnitud de las diferencias indica un importante tamaño del efecto: *Reevaluación Positiva* ($d = 0.82$), *Búsqueda de Recompensas Alternativas* ($d = .95$) y *Descarga Emocional* ($d = 1.25$).

El eje III de la solución factorial del MMPI-2 explica el 19% de la varianza. Está compuesto por las escalas Hy (0.95) y Hs (0.52). La muestra subclínica «somatoforme» incluye sujetos que han obtenido puntuaciones $T \geq 65$ en una o ambas escalas ($n = 18$). El índice de Gough para el grupo subclínico es: ($F-K = +9$), ligeramente simulador de patología, pero dentro de los límites de la validez. En la tabla 4 puede observarse que la única diferencia significativa se obtiene en la estrategia de *Descarga Emocional*, que presenta un importante tamaño del efecto ($d = 1.12$).

c) *Relación entre nivel de psicopatología, tiempo de reclusión y situación penitenciaria*

El tercer objetivo de este estudio deriva de los resultados de un trabajo anterior (Mohino, Kirchner y Forns, 2004) donde se puso de relieve la relación entre uso de estrategias de afrontamiento específicas y dos variables relativas a la situación de internamiento: tiempo transcurrido en prisión y situación penitenciaria. Por ello, se ha procedido a verificar su efecto sobre el nivel de psicopatología expresada.

En primer lugar, se ha calculado con el total de la muestra la incidencia de estas dos variables. Por lo que hace referencia al tiempo de reclusión, la única escala del MMPI-2 con la que correlaciona significativamente, aunque con un nivel de probabilidad muy ajustado, es Pd ($r =$

Tabla 4. Medias y D.T. de las estrategias del CRI-A de los distintos grupos. Contraste U de Mann Whitney entre grupo de contraste y cada uno de los grupos subclínicos					
Escalas CRI-A	Grupo MMPI-2	Media	D. T.	U de Mann-Whitney	p
<i>Análisis Lógico</i>	T<65 n= 20	11.10	3.95	750.500	.729
	T≥ 65 Eje I n= 79	11.62	3.74		
	T≥ 65 Eje II n= 18	10.72	3.77	170.000	.768
	T≥ 65 Eje III n= 18	9.89	3.76	138.500	.228
<i>Reevaluación Positiva</i>	T<65	11.20	4.28	726.500	.578
	T≥ 65 Eje I	10.48	3.91		
	T≥ 65 Eje II	8.06	3.40	105.500	.028
	T≥ 65 Eje III	9.06	3.75	130.500	.149
<i>Búsqueda de Guía</i>	T<65	9.65	3.77	660.500	.256
	T≥ 65 Eje I	10.81	4.16		
	T≥ 65 Eje II	10.50	5.13	160.000	.573
	T≥ 65 Eje III	10.11	4.37	160.000	.573
<i>Resolución de Problemas</i>	T<65	12.20	3.58	726.000	.574
	T≥ 65 Eje I	11.53	4.21		
	T≥ 65 Eje II	9.50	4.99	125.000	.112
	T≥ 65 Eje III	11.83	3.90	172.000	.828
<i>Evitación Cognitiva</i>	T<65	9.45	4.49	685.000	.357
	T≥ Eje I	10.28	4.38		
	T≥ 65 Eje II	10.72	5.31	150.000	.393
	T≥ 65 Eje III	9.22	4.81	177.000	.942
<i>Aceptación Resignación</i>	T<65	8.95	4.21	527.000	.021
	T≥65 Eje I	11.43	3.75		
	T≥65 Eje II	11.28	4.46	124.000	.105
	T≥65 Eje III	10.89	3.41	126.000	.119
<i>Búsqueda de Recompensas Alternativas</i>	T<65	9.60	4.55	675.500	.317
	T≥ 65 Eje I	8.48	4.25		
	T≥ 65 Eje II	5.83	3.35	83.000	.004
	T≥ 65 Eje III	8.56	4.91	159.000	.553
<i>Descarga Emocional</i>	T<65	5.80	3.67	475.500	.006
	T≥65 Eje I	8.51	3.95		
	T≥65 Eje II	10.22	3.39	65.500	.001
	T≥65 Eje III	9.72	3.34	74.500	.001
APROXIMACIÓN	T<65	44.15	10.79	782.000	.944
	T≥65 Eje I	44.44	10.81		
	T≥65 Eje II	38.77	10.10	131.000	.151
	T≥65 Eje III	40.88	11.00	152.000	.426

Tabla 4. Medias y D.T. de las estrategias del CRI-A de los distintos grupos. Contraste U de Mann Whitney entre grupo de contraste y cada uno de los grupos subclínicos (*continuación*)

Escalas CRI-A	Grupo MMPI-2	Media	D. T.	U de Mann-Whitney	p
EVITACIÓN	T<65	33.80	10.14	580.000	.067
	T≥65 Eje I	38.69	9.62		
	T≥65 Eje II	38.05	10.28	140.000	.241
	T≥65 Eje III	38.38	11.00	142.000	.276
COGNITIVA	T<65	40.70	11.90	674.500	.314
	T≥65 Eje I	43.81	10.55		
	T≥65 Eje II	40.77	10.89	177.000	.930
	T≥65 Eje III	39.05	9.47	166.500	.696
CONDUCTUAL	T<65	37.25	10.92	707.500	.472
	T≥65 Eje I	39.32	10.98		
	T≥65 Eje II	36.05	11.18	177.500	.942
	T≥65 Eje III	40.22	10.82	147.500	.346

-204, $p = 0.45$). El signo negativo indicaría que a mayor tiempo transcurrido menor es la elevación de la escala. En cuanto a la situación penitenciaria, no se advierten diferencias significativas entre las medias obtenidas por los presos preventivos y los penados en ninguna de las escalas clínicas ni de validación del MMPI-2.

Efectuando esta comparación entre grupo sin sintomatología y cada uno de los tres grupos subclínicos establecidos, se obtienen los resultados siguientes. En relación con el tiempo transcurrido en prisión, no existen diferencias significativas entre los sujetos del grupo de contraste ($X = 18.95$ meses, D.T. = 17.09) y los que presentan puntuaciones elevadas en el eje factorial I ($X = 10.24$ meses, D.T. = 10.647. $U = 513.500$; $p = .052$). No obstante, el nivel de probabilidad es muy ajustado, dato a tener en cuenta. Por lo que se refiere a la situación penitenciaria, tampoco se observan diferencias significativas ($c^2 = 3.069$; $p = .080$), si bien los datos sugieren una mayor proporción de presos ya sentenciados en el grupo de contraste (70% penados, 30% preventivos) que en el grupo «psicótico» (48.1% penados, 51.9% preventivos).

El tiempo transcurrido en prisión aporta diferencias significativas entre grupo de contraste y grupo «inhibido» (grupo de contraste:

$X = 18.95$ meses; D.T. = 17.09; grupo subclínico: $X = 6.06$; D.T. = 7.38; $U = 86.500$; $p = 0.017$). La situación penitenciaria también introduce diferencias significativas. Mientras el 70% de los presos del grupo de contraste está penado, el 72% de los internos con elevaciones en las escalas del eje II está en prisión preventiva ($\chi^2 = 6.756$; $p = .009$). Se advierte, pues, cierta interrelación entre sintomatología depresiva-inhibida, tiempo de encarcelamiento y situación penitenciaria.

Finalmente los presos con puntuaciones elevadas en el eje III o «somatoforme» se diferencian del grupo de contraste en cuanto al tiempo en prisión (grupo de contraste: $X = 18.95$; D.T. = 17.09; grupo subclínico: $X = 8.11$; D.T. = 7.81. $U = 103.000$; $p = .039$). No se obtienen diferencias significativas en relación con la situación penitenciaria ($\chi^2 = 6.756$; $p = .054$), si bien el nivel de probabilidad es muy ajustado.

Dada la interrelación entre tiempo en prisión y situación penitenciaria, por un lado, y estrategias de afrontamiento, por otro, como posibles variables explicativas de la elevación del factor II, se ha procedido a efectuar una regresión logística binaria (método por pasos hacia adelante Wald). Como variable dependiente se ha introducido el nivel de psicopatolo-

gía, categorizado de forma binaria (grupo de contraste y grupo subclínico), y como covariables el tiempo en prisión, la situación penitenciaria y la estrategia de afrontamiento con mayor tamaño del efecto (*Descarga Emocional*). Aunque el número de sujetos no es elevado, lo que aconseja relativizar los resultados, se halla dentro de los límites permisibles para la aplicación de esta técnica, según criterio de Hair y cols., 1999). Los resultados indican que la variable introducida en la ecuación en el paso 1 es *Descarga Emocional* (Wald 8.527; $p = .004$), seguida, en el paso 2, por el tiempo transcurrido en prisión (Wald 4.218; $p = .040$). La situación penitenciaria es excluida del modelo. Ambas variables presentan un poder discriminante que supera ampliamente el efecto del azar (80.6%), con una precisión más elevada para clasificar a los verdaderos positivos (82.4% de los sujetos con las escalas del Eje II elevadas), que para los verdaderos negativos (78.9% de los sujetos del grupo de contraste).

Para los sujetos del grupo «somatoforme» el análisis Logit indica que la única variable introducida en la ecuación es *Descarga Emocional* (Wald= 7.741; $p = .005$), siendo eliminadas «tiempo en prisión» y «situación penitenciaria». Si bien el poder discriminante de *Descarga Emocional* no es elevado (73%) supera en $\frac{1}{4}$ el porcentaje obtenido por la precisión aleatoria, límite que establecen algunos autores para determinar el beneficio clasificatorio (Hair y cols., 1999).

Finalmente, cabe comentar el alto índice de sujetos con puntuaciones por encima de $T \geq 65$ en las diferentes escalas clínicas del MMPI-2. En la tabla 5 se recogen los porcentajes en cada una de las 10 escalas clínicas. Debido al efecto antes comentado de la interrelación de escalas y de la comorbilidad sindrómica, la suma de los porcentajes parciales excede la unidad, ya que el mismo sujeto puede estar puntuando en más de una escala a la vez.

Se observa que los porcentajes más elevados de presos con notas $T \geq 65$ en el MMPI-2 se sitúan en la escala Ma y se evidencia un claro predominio de los trastornos del factor denominado tradicionalmente «psicótico», con relación a los factores de «inhibición» y «somatoforme».

Tabla 5. Porcentaje de presidiarios con puntuaciones $T \geq 65$ en el MMPI-2

MMPI-2 $T \geq 65$	n	% sobre N
Hs	18	17%
D	14	14%
Hy	9	9%
Pd	49	48%
Mf	5	5%
Pa	57	55%
Pt	57	55%
Sc	47	46%
Ma	65	63%
Si	8	8%
FACTOR I	79	77%
FACTOR II	18	17%
FACTOR III	18	17%

Conclusiones

Se aprecia una relación significativa, aunque moderada, entre las estrategias de afrontamiento puestas en juego en situación de reclusión, y nivel de psicopatología expresada. El porcentaje de varianza explicativa de las escalas del CRI-A sobre las del MMPI-2 llega a alcanzar un 22%, cifra nada desestimable.

La estrategia de *Descarga Emocional* es una de las que muestra mayor interrelación con las escalas clínicas del MMPI-2 y la que establece mayores diferencias entre el grupo de contraste y los distintos grupos subclínicos. Este dato sugiere que los reclusos que puntúan alto en sintomatología, presentan un mayor grado de descontrol y un estilo de afrontamiento basado en la evitación del problema y la ventilación de los sentimientos, dato concordante con los obtenidos por Zamble y Porporino (1990).

El grupo «psicótico» presenta también elevaciones en *Aceptación-Resignación*, estrategia que denota cierta actitud de conformismo ante unas circunstancias que no se pueden manejar. Asimismo, la pérdida percibida del control

sobre el ambiente que puede afectar a este grupo, hace entroncar estos resultados con la teoría de la indefensión aprendida (Seligman, 1975).

El grupo «inhibido» aporta datos interesantes: es el grupo donde aparecen involucradas mayor número de estrategias de afrontamiento, con unos tamaños del efecto muy elevados. Por un lado, la estrategia *Descarga Emocional* sigue siendo la que discrimina más entre grupo de contraste y subclínico, indicando un aumento de la descarga incontrolada de las emociones. Pero también se observa que los sujetos del grupo subclínico efectúan con menor frecuencia reevaluaciones positivas de la situación como estrategia para afrontar el estrés que les origina. Este dato encajaría con el marco teórico de autores cognitivistas (por ejemplo Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) que vincula la depresión, entre otros parámetros, a falta de valoraciones positivas. También estarían en línea con los estudios de Garnefski y cols. (2002), que indican que la estrategia de reevaluación positiva está inversamente relacionada con la depresión y es una de las variables predictivas más potentes, tanto en adultos como en población adolescente.

Asimismo, en el grupo «inhibido» se aprecia un importante decremento de las actividades gratificadoras compensatorias, circunstancia que puede coadyuvar a mantener el estado de depresión e inhibición conductual.

Finalmente el grupo «somatoforme» sólo se diferencia del grupo control por un mayor uso de la estrategia de *Descarga Emocional*.

Cabe destacar que las estrategias de aproximación al problema, consideradas por algunos autores como beneficiosas para controlar el nivel de estrés e inversamente relacionadas con la patología (Felton y Revenson, 1984; Griffith, Dubow y Ippolito, 2000) en nuestra población son utilizadas en similar medida por presos con y sin sintomatología. Hay un cierto repunte por parte de la población de contraste a utilizar con mayor frecuencia las estrategias de *Resolución de Problemas* y de *Reevaluación Positiva*, si bien las diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas en la mayoría de los casos. Se han obtenido resultados parecidos con población comunitaria de adolescentes (Kirchner, Forns y Amador, en revisión). Cabe puntualizar, no obs-

tante, que evitación y aproximación, tal como los explora el CRI-A, no son bloques unánimes; dentro de cada uno de ellos hay estrategias más o menos relacionadas con la salud mental.

El tiempo de reclusión y la situación penitenciaria tienen una cierta incidencia en el grado de psicopatología expresada. El tiempo transcurrido en prisión afecta al grupo «inhibido» (D y Si) y al «somatoforme» (Hs y Hy). Los presos que llevan más tiempo recluidos obtienen medias inferiores en ambos grupos patológicos. Se podría interpretar este dato como el resultado de una mayor adaptación a las circunstancias, y una menor somatización del estrés inicial que puede conllevar la situación de privación de libertad.

La situación penitenciaria es una variable que también establece diferencias significativas entre presos sin y con sintomatología, si bien su peso explicativo es inferior al de las estrategias de afrontamiento. Los presos preventivos obtienen puntuaciones más elevadas en las escalas del eje factorial II del MMPI-2 que sus compañeros ya sentenciados. Entre otras causas, entre las que no se pueden descartar ciertas actitudes de simulación a la hora de responder a la prueba (tal vez con la pretensión de obtener algún beneficio carcelario), la incertidumbre respecto a su destino futuro, puede llevar a los reclusos a malestar psicológico y sentimientos negativos. Sin embargo, tanto la situación penitenciaria como el tiempo transcurrido en prisión presentan menor poder predictivo de la sintomatología, que algunas de las estrategias de afrontamiento evaluadas.

Asimismo, cabe resaltar el alto índice de sintomatología expresada por los reclusos de la muestra. La escala de Paranoia, la de Psicastenia y especialmente la de Hipomanía alcanzan índices ciertamente elevados. Asimismo, hay un claro predominio de los trastornos de tipo Psicótico con relación a los somatoformes y a los de inhibición.

Entre las limitaciones de este estudio cabe reseñar que, pese a haber utilizado los principales ejes factores del MMPI-2, en lugar de cada una de las escalas clínicas por separado, no se han podido analizar trastornos «puros», ya que es muy escaso el número de sujetos que puntúa solamente en un eje. Este hecho puede haber

distorsionado en alguna medida los resultados obtenidos. Con todo, parece vislumbrarse que distintos trastornos se relacionan de forma más intensa con determinados tipos de estrategias de afrontamiento.

También cabe reseñar que en este estudio se han contemplado como posibles variables interrelacionadas con las estrategias de afrontamiento y la psicopatología, el tiempo transcurrido en la cárcel y la situación penitenciaria. Evidentemente, pueden estar incidiendo otras muchas. En estos momentos se está analizando el efecto del tipo de problema expresado por los reclusos, el grado de reincidencia delictiva y la clase de delito cometido.

Dado que el diseño de este estudio no es causal, puede establecerse la relación entre variables, pero no su dirección ni dependencia. Parecería lógico suponer que determinadas estrategias de afrontamiento poco efectivas incrementan el malestar psicológico, pero también podría hacerse la afirmación contraria. Como expresan Garnefski y cols. (2002) desde el punto de vista teórico es tan probable que ciertas estrategias conduzcan a problemas emocionales, como que estén en juego mecanismos causales circulares que podrían hacer ciertas ambas afirmaciones a la vez.

Sea cual fuere la dirección e influencia que mantienen entre sí las estrategias de afrontamiento y el grado de alteración psicológica, sobre la base del presente estudio puede argüirse que el uso de ciertas estrategias de afrontamiento se constituye en un indicador de malestar psicológico en situaciones de estrés. Basándonos en estos datos, se sugiere que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento podría contemplarse en programas formativos destinados a jóvenes reclusos. La finalidad se centraría en sustituir estrategias poco efectivas y no productivas, que coadyuvan a un incremento del desajuste psicológico, por otras más efectivas basadas en la resolución de los problemas y en la reevaluación positiva de la situación.

Referencias

- Aldwin, C.M. (1994). *Stress, coping and development: an integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Avila, A. y Jiménez, F. (1999). *MMPI-2 Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Baum, A., Fleming, R., y Singer, J. (1983). Coping with victimization by technological disaster. *Journal of Social Issues*, 39, 117-138.
- Beck, A.T., Rush, A., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blaauw, E. y Kerkhof, A. (1998). Suicides in Police Custody in the Netherlands. En R.J. Kosky, H.S. Eshkevari, R. D. Goldney y R. Hassan (Eds.), *Suicide Prevention. The Global Context*. (pp. 131-137). New York: Plenum Press.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York. Academic Press.
- Felton, B.J. y Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Kommer, T. y Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611.
- Gough, H.G. (1950). The F minus K dissimulation index for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 408-413.
- Griffith, M.A. Dubow, E.C. y Ippolito, M.F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (2), 183-204.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Jones, D.A. (1976). *The health, risks and imprisonment*. Lexington, Massachusetts, Lexington Books.
- Kirchner, T., Forns, M. y Amador, J.A. (en revisión). Coping Strategies and Clinical Syndromes in Spanish Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Kirchner, T. y Mohino, S. (2003). Estrategias de coping y conducta autolesiva en jóvenes reclusos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 30 (2), 77-85
- Lapointe, V. y Marcotte, D. (2000). Gender-typed characteristics and coping strategies of depressed adolescents. *European Review of Applied Psychology*, 50(4), 451-460.
- Liebling, A. (1992). *Suicides en prison*. London: Routledge.
- Marrero, D. (1982). *Adjustment to misfortune: The process of coping with diabetes mellitus in children and their parents*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Irvine.

- Mattlin, J., Wethington, E. y Kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior, 31*, 103-122.
- McDonald, D. y Thomson, N.J. (1993). Australian deaths in custody, 1980-1989. *The Medical Journal of Australia, 159*, 581-585.
- McKay, H.B., Jaywardene, C.H. y Reedie, P.B. (1979). *The effects of long term incarceration and a proposed strategy for future research*. Ottawa, Ontario. Solicitor General of Canada.
- Mohino, S., Kirchner, T. y Fornis, M. (2004). Coping Strategies in Young Male Prisoners. *Journal of Youth and Adolescence, 33 (1)* 41-50
- Moos, R.H. (1993). *Coping Responses Inventory. CRI-Adult Form Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R. y Chen, I.G. (2000). Fatalism and risk of adolescent depression. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes, 63(3)*, 239-252.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence, 23*, 675-691.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Spivack, G. y Shure, M.B. (1985). ICPS and beyond: Centripetal and centrifugal forces. *American Journal of Community Psychology, 13*, 226-243.
- Stern, M. y Zevron, M.A. (1990). Stress, coping and family environment: The adolescent's response to naturally occurring stressors. *Journal of Adolescent Research, 5*, 290-305
- Vendette, K. y Marcotte, D. (2000). The moderator's role of social support on the relation between coping and depression during adolescence. *Science et Comportement, 28(2)*, 129-144.
- Vitaliano, P.P., DeWolfe, D.J., Maiuro, R.D. Russo, J. y Katon, W. (1990). Appraisal changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 582-592.
- Windle, M. y Davies, P.T. (1999). Depression and heavy alcohol use among adolescents: concurrent and prospective relations. *Development and Psychopathology, 11(4)*, 823-844.
- Zamble, E. y Porporino, F.J. (1990). Coping imprisonment, and rehabilitation: Some data and their implications. *Criminal Justice and Behavior, 17*, 53-70.