



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TEMA:

**“CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS
PRIVADAS DE LIBERTAD DE LA ETAPA DE MEDIANA SEGURIDAD
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA
CENTRO NORTE COTOPAXI”**

Trabajo de Graduación previa a la obtención del Título de Licenciada en Trabajo Social.

AUTORA:
Marcela Alexandra Taipe Culqui

TUTORA:
Dra. Eulalia Pino Loza

Ambato – Ecuador

2019

CERTIFICADO DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: “Calidad de vida y salud mental en las personas privadas de libertad de la etapa de Mediana Seguridad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi”, de la Srta. Marcela Alexandra Taipe Culqui, egresada de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato, considero que dicho trabajo de Graduación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a Evaluación del Tribunal de Grado, que el H. Consejo Directivo de la Facultad designe, para su correspondiente estudio y calificación

Ambato, 09 de julio de 2019

A handwritten signature in blue ink that reads "Dra. Eulalia Pino Loza". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Dra. Eulalia Pino Loza

CC. 0601607922

Tutor

AUTORÍA

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas en el trabajo de titulación, presentado con el tema: “Calidad de vida y salud mental en las personas privadas de libertad de la etapa de Mediana Seguridad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi”, le corresponde exclusivamente a mi persona, Marcela Alexandra Taipe Culqui, egresada de la Facultad de Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato certificando que el contenido del presente trabajo investigativo es de mi completa autoría a excepción de las citas bibliográficas.

Ambato, 09 de julio de 2019



Marcela Alexandra Taipe Culqui

CC.0550070452

Autora

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los Miembros del Tribunal de Grado APRUEBAN el Trabajo de Investigación sobre el tema **“Calidad de vida y salud mental en las personas privadas de libertad de la etapa de Mediana Seguridad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi”**, presentado por la Srta. Marcela Alexandra Taipe Culqui, de conformidad con el Reglamento de Graduación para Obtener el Título Terminal de Tercer Nivel de la U.T.A

Ambato,2019

Para constancia firman

.....

Presidente

.....

Miembro

.....

Miembro

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas más importantes de mi vida, MI FAMILIA; quienes me han dado su apoyo incondicional durante mi construcción como persona y profesional.

A mis padres por ser el pilar fundamental de mi vida, mis compañeros, mis amigos, mi fuerza y motivación, que pusieron todo su esfuerzo, su fe y su confianza para verme como una mujer y una profesional de éxito.

A mis hermanos quienes me han apoyado de todas las formas posibles para terminar esta etapa de mi vida, porque son el ejemplo fehaciente de la resiliencia, el esfuerzo y la constancia.

A Christian, mi pareja, mi incondicional, mi compañero y mejor amigo, por su motivación y apoyo que en más de una ocasión me hicieron ver la vida como un reto que soy capaz de ganar.

A mi hijo que con su amor y dulzura me inspira a diario para ser una mejor persona, por las veces que secó mis lágrimas reemplazándolas por una sonrisa y más coraje para continuar.

¡¡Los amo con todo mi corazón!! gracias por tanto y perdón por tan poco.

Alexandra

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a mis padres, hermanos y pareja por todo el apoyo brindado, por su amor incondicional en mi construcción como ser humano y profesional, por sus aportes y enseñanzas. Por apoyarme en las caídas y fracasos, por acompañarme y reconocer mis pequeños y grandes triunfos. Por ser un apoyo fundamental en la crianza de mi hijo. Por inspirar extraordinarias metas y proyecciones.

A mi querida UTA, noble institución que forma profesionales de éxito inspirados en la ética y el desarrollo. Nido que ha albergado y educado por generaciones a personas honestas y trabajadoras, siempre con una visión humana.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a mi tutora Dra. Eulalia Pino principal colaboradora en este arduo pero satisfactorio proceso, quien con su dirección, conocimiento y profesionalismo supo guiar mi trabajo.

Alexandra

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICADO DEL TUTOR	ii
AUTORÍA.....	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
INDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
INDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN EJECUTIVO	xii
EXECUTIVE SUMMARY.....	xiii
CAPÍTULO I.....	14
MARCO TEÓRICO.....	14
1.1. Antecedentes Investigativos	14
Desarrollo Teórico	22
1.2. Objetivos.....	35
1.2.1. Objetivo General	35
1.2.2. Objetivos Específicos.....	36
CAPÍTULO II	37
METODOLOGÍA	37
2.1. Materiales.....	37
2.1.1. Instrumentos	37
2.1.2. Recursos	38
2.2. Métodos Investigativos	39
2.2.1. Métodos.....	39
2.2.2. Enfoque de Investigación.....	41
2.2.3. Modalidad Básica de la Investigación.....	41
2.2.4. Nivel De Investigación.....	42
2.2.5. Población y Muestra.....	43
2.6. Hipótesis.....	44
CAPÍTULO III.....	45
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	45
3.1. Análisis y Discusión de los Resultados.....	45
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	64

3.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	69
3.2.1. Diseño del proceso de validación.....	69
3.2.2. Formulación de las hipótesis estadísticas.....	69
3.2.3. Nivel de significancia.....	69
3.2.4. Estadístico para la prueba de hipótesis.....	69
3.2.5. Regla de decisión	70
3.2.6. Cálculo	70
CAPÍTULO IV	75
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
4.1. Conclusiones	75
4.2. Recomendaciones.....	76
MATERIALES DE REFERENCIA	77
ANEXOS.....	86

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: EDAD	45
TABLA 2: ACTIVIDAD PRINCIPAL	46
TABLA 3: VISITAS	47
TABLA 4: DIMENSIÓN CONVIVENCIA Y CORDIALIDAD	50
TABLA 5: DIMENSIÓN PROFESIONALIDAD Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO	51
TABLA 6: SEGURIDAD	52
TABLA 7: CONDICIONES OBJETIVAS DE VIDA Y CONTACTO CON EL EXTERIOR	54
TABLA 8: BIENESTAR Y DESARROLLO PERSONAL	55
TABLA 9: SÍNTOMAS SOMÁTICOS	57
TABLA 10: ANSIEDAD E INSOMNIO	58
TABLA 11: DISFUNCIÓN SOCIAL	60
TABLA 12: DEPRESIÓN	61
TABLA 13: NIVELES DE CALIFICACIÓN GHQ28	63
TABLA 14: TABLA DE CORRELACIONES	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: EDAD	46
GRÁFICO 2: ACTIVIDAD PRINCIPAL	47
GRÁFICO 3: VISITAS	48
GRÁFICO 4: DIMENSIÓN 1	50
GRÁFICO 5: DIMENSIÓN 2	52
GRÁFICO 6: DIMENSIÓN 3	53
GRÁFICO 7: DIMENSIÓN 4	54
GRÁFICO 8: DIMENSIÓN 5	56
GRÁFICO 9: SÍNTOMAS SOMÁTICOS	57
GRÁFICO 10: ANSIEDAD E INSOMNIO	59
GRÁFICO 11: DISFUNCIÓN SOCIAL	60
GRÁFICO 12: DEPRESIÓN	62

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación responde a las variables Calidad de vida y Salud mental en las personas privadas de libertad de la etapa de Mediana Seguridad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.

El objetivo fue determinar la incidencia de la calidad de vida en la salud mental de los internos, luego de la investigación se determina que varias dimensiones de la calidad de vida en prisión mantienen correlación con la salud mental, específicamente la dimensión Convivencia y cordialidad con ansiedad e insomnio, condiciones objetivas de vida con ansiedad e insomnio y condiciones objetivas de vida con disfunción social.

En conformidad con los resultados obtenidos se puede evidenciar una vista clara y concreta sobre la perspectiva que los internos tienen acerca de la calidad de vida dentro del recinto penitenciario; también se presentan los aspectos más influyentes en el deterioro de su salud mental de los PPL.

Las características que definen la situación de las personas encarceladas en Ecuador son la corrupción del sistema penitenciario; la dependencia económica del preso/a de su familia para poder sobrevivir el encierro y la violación sistemática de sus derechos fundamentales. El cumplimiento de una sentencia es una forma de reivindicarse con la sociedad y el mundo por medio de la reeducación y rehabilitación. El Trabajo Social penitenciario propone y consolida procesos de intervención, humanitaria, libre de prejuicios y comprometidos con el desarrollo integral individuos.

La metodología responde de acuerdo a los materiales aplicados y la naturaleza de los datos utilizando un enfoque cuantitativo.

Palabras claves: Calidad de vida en prisión, Salud mental, personas privadas de libertad, rehabilitación.

EXECUTIVE SUMMARY

The research responds to the variables Quality of life and mental health in the persons deprived of freedom of the Medium Security stage of the Center for Social Rehabilitation Sierra Norte Cotopaxi.

The objective was to determine the incidence of quality of life in mental health of inmates, after the investigation it is determined that several dimensions of the quality of life in prison correlate with mental health, specifically the dimension Coexistence and cordiality with anxiety and insomnia, objective life conditions with anxiety and insomnia and objective life conditions with social dysfunction.

In accordance with the results obtained, a clear and concrete view can be seen about the perspective that the inmates have about the quality of life inside the penitentiary; the most influential aspects in the deterioration of their mental health of the LPP are also presented.

The characteristics that define the situation of the people incarcerated in Ecuador are the corruption of the penitentiary system; the economic dependence of the prisoner on his family in order to survive the confinement and the systematic violation of his fundamental rights. The fulfillment of a sentence is a way of claiming with society and the world through reeducation and rehabilitation. Social Penitentiary Work proposes and consolidates processes of intervention, humanitarian, free of prejudice and committed to the integral development of individuals.

The methodology responds according to the materials applied and the nature of the data using a quantitative approach

Keywords: Quality of life in prison, mental health, persons deprived of liberty, rehabilitation

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes Investigativos

Para la investigación se toma como antecedentes investigativos, artículos científicos e informes que hacen referencia o tienen similitud a la problemática en estudio.

En la investigación realizada por **Rodriguez, Larrauri y Guerri (2018)**, sobre “Percepción de la calidad de vida en prisión. La importancia de una buena organización y un trato digno”, se determina que la calidad de vida en las prisiones no se explica exclusivamente por las características personales de los presos (características sociodemográficas, antecedentes de salud mental e historial penal), sino también por cómo se organiza la prisión (la regulación del espacio y el tiempo dentro de sus muros) y por el sistema de relaciones interpersonales (entre presos y entre estos y los funcionarios y el mundo exterior) que allí se generan. Una buena organización, especialmente, una buena planificación de actividades y la ayuda recibida para planificar la puesta en libertad futura (más que los programas de tratamiento), son los factores más importantes para mejorar la calidad de vida. Constatada la existencia de diferencias en las percepciones de la calidad de vida de los presos se muestra que estas tienen implicaciones sobre otros aspectos importantes de su vida en prisión, en concreto, sobre comportamientos agresivos dirigidos contra sí mismos o contra otros, estas consecuencias no se explican exclusivamente por la presencia de comportamientos similares previos a la entrada en prisión.

Se evidencia que cada centro penitenciario maneja distintas formas de administración, lo que diferencia a cada uno en materia de calidad de vida es la

forma de organización, planificación de actividades y relaciones interpersonales, el manejo del espacio y tiempo. El espacio vital de los reclusos está configurado no solamente por la situación de encierro y limitaciones, sino también por sus percepciones de la vida y la forma de sobrellevar la reclusión y el cese de su derecho a la libertad.

En otra investigación desarrollada por **Quiceno, y otros (2012)**, sobre “Calidad de vida relacionada con salud, resiliencia y felicidad en hombres privados de la libertad” se evalúan las diferencias de la calidad de vida relacionada con la salud, resiliencia y felicidad en hombres privados y no privados de la libertad. Los datos recogidos evidenciaron diferencias entre ambos grupos evaluados, en las categorías de ocupación, estrato socioeconómico y estado civil, mas no en sus niveles de calidad de vida, resiliencia y felicidad, a excepción de la dimensión función social de la calidad de vida. La investigación concluye que la similitud entre los datos reportados por ambas submuestras (privados y no privados de libertad) se debe a que ambas demuestran poseer habilidades y capacidad personales, tales como la auto confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío e ingenio, además reportan capacidad de perseverancia, adaptabilidad, balance, flexibilidad y perspectiva de vida estable para lograr autoaceptación tanto de sí mismos como de su vida a pesar de la situación que están viviendo. Los resultados obtenidos en la variable Calidad de Vida Referente a la Salud (CVRS), demuestran que la medida de función social resultó favorable en ambas muestras estudiadas, siendo mayor para los hombres no privados de libertad. Si se comprende la función social como el grado en que los problemas de salud física o emocional infieren en la vida social habitual. Las diferencias encontradas en este estudio podrían explicarse en parte a que, las personas privadas de libertad posiblemente no tienen la misma facilidad de intimar y/o comunicar tan abiertamente sus pensamientos y emociones en comparación con las personas libres. Los niveles favorables en la función social de la CVRS de las personas privadas de libertad puede que se deban a que un alto porcentaje (90%) de los entrevistados trabajan y participan en actividades grupales para reducir sus tiempos de condena.

Con referencia a lo expuesto se concluye que los hombres tanto libres como privados de libertad desarrollan habilidades y capacidades que les permite sobrellevar la vida a pesar de sus situaciones, y aunque los segundos no puedan expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones con total libertad, se mantienen prestos a generar entereza y flexibilidad ante la adversidad, la ocupación del tiempo en talleres, trabajos y actividades recreativas representan una válvula de escape que hace que la reclusión sea más tolerable.

En la investigación realizada por Pozo, **Navarro, Nakahira y Cutiño (2018)** titulado: “Cara a cara con la cárcel. La visión de los presos sobre sus condiciones de custodia y resocialización en un centro penitenciario”, se debate con centralidad las dos dimensiones básicas de las prisiones actuales, la securitaria, ligada a la custodia, y la tratamental, ligada a la resocialización, llevando a cabo un análisis de cómo perciben los presos la calidad de vida y particularmente aspectos de la misma que tienen que ver con cada una de esas dos dimensiones. Se revela la existencia de tres factores configuradores de la evaluación de la calidad de vida penitenciaria: el trato y la actuación que se dispensa en material de vigilancia; el trato y actuación del personal de tratamiento, y la valoración que se hace de la actividad tratamental; para esto se hace uso del Cuestionario de Calidad de vida en prisión (MPQL) y los resultados señalan que las condiciones en que se desarrolla la labor de los equipos de tratamiento limitan sus posibilidades de atención y trato personalizado con los presos. Se reconoce la existencia de dos poblaciones en prisión, estas se diferencian por el desigual acceso a los recursos de carácter resocializador que confiere el módulo donde reside, siendo los reclusos de módulos ordinarios los que presentan la peor valoración de su calidad de vida. En los sentidos señalados y dándoles voz a los presos, puede decirse que el cumplimiento del desempeño resocializador se ve comprometido.

Los insuficientes recursos humanos es una clave de lo limitado que es lo tratamental en la cárcel, las actividades de tratamiento representan una recompensa al buen comportamiento, las herramientas de control disciplinario son una prioridad dentro de la organización penitenciaria debido a que se busca la

rehabilitación del individuo, esto implica la implementación de estrategias que garanticen el cumplimiento de sus derechos. La aplicación del MPQL es una forma de obtener la apreciación que el interno tiene sobre su estancia en la cárcel de manera que se puede identificar y destacar parámetros que determinan su calidad de vida en prisión.

En el trabajo investigativo de **Bergman, Siano y Arias, (2015)** sobre “Condiciones de vida en la cárcel: resultados de la encuesta de detenidos condenados”, se estudia la efectividad de los programas de inclusión social, la conexión entre los privados de la libertad y el mundo exterior, la socialización y las redes internas, la violencia dentro de las cárceles, y el desempeño institucional de las autoridades carcelarias, además describe aspectos de la situación de los reclusos y de la relación con las adicciones entre algunos privados de la libertad a partir de una encuesta personal que los reclusos responden, se indagan las condiciones materiales y no materiales de la reclusión, evaluando algunos de los efectos de estas condiciones en la vida de los internos y de los programas de inserción social; constatando que las condiciones de reclusión tienen mucho margen para mejorar, la cobertura de programas de trabajo y educativos es amplia pero sub-óptima, y se desconoce el impacto que tienen los internos una vez que estos cumplen la pena.

En cuanto a la provisión de comida, esta es escasa y de baja calidad. En general, los servicios de salud son adecuados, aunque hay espacios para mejoras, y el hacinamiento representa un problema hacia el futuro. Los internos dependen aún mucho de sus familias para mejorar la calidad de vida hacia el interior del penal, esto no solo viola criterios de equidad, sino que también obliga a las familias “hacerse cargo” de las necesidades de los internos, muchas de estas familias tienen escasos recursos.

En la mayoría de centros penitenciarios el acceso a programas de trabajo y educativos es limitado y además no se conoce el impacto que estos tienen sobre el recluso, aunque gocen de alimentación y acceso a servicios de salud estos no cumplen con estándares de calidad y eficiencia, lo que da cabida a una mejor

planeación. La dependencia de los internos hacia su familia es evidente puesto que es el grupo familiar el que debe atender muchas de sus necesidades dentro de la cárcel, aunque carezca de recursos económicos.

Otro sustento investigativo es el de **Bascón y Vargas (2016)**, titulado “Salud mental en reclusos. Un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación”, en donde se evalúa la salud psicosocial y la autorregulación de reclusos, en relación a un grupo de control de participantes no reclusos tratando de conocer la incidencia de la variable tiempo de reclusión y analizar el efecto intragrupo pre-post entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas. Se apreció una escasa influencia de la variable reclusión/no reclusión sobre la salud, es decir, los reclusos únicamente se diferenciaron de los no reclusos en un solo factor del Cuestionario General de Salud GHQ (disfunción social); así, y en contra de lo esperado, quienes estaban reclusos presentaron mejor funcionamiento social que aquellos que gozaban de libertad. La misma circunstancia se produjo tras la realización de un curso de habilidades sociales y comunicativas.

Respecto a la incidencia del tiempo de reclusión solo se observaron diferencias en un único factor de salud del GHQ, quienes llevaban reclusos menos de un año arrojaron mayores indicadores de depresión, repitiéndose antes y después del curso impartido. En cuanto a la medida de autorregulación tan solo existió variación en la subescala relativa a las situaciones de la vida cotidiana, ello se tradujo en que los reclusos que llevaban cumpliendo condena menos de un año se ajustaron mejor a este tipo de escenarios que aquellos que llevaban más tiempo. Existen dos elementos determinantes que hay que procurar para el éxito de las intervenciones en el medio carcelario, por un lado, la creación de un ambiente adecuado, tanto físico como psicosocial y por otro el entrenamiento y la implicación de todo el personal que trabaja con los internos, de manera que su actividad trascienda a la mera custodia.

Al hablar de salud psicosocial y autorregulación en el contexto penitenciario tiene que ver directamente con el equilibrio entre el sujeto en su rol de recluso, su

forma de sobrellevarlo y el desarrollo de sus relaciones cotidianas. Por tanto, remite al equilibrio mental y emocional de los individuos como integrantes de una sociedad, constituyéndose en un elemento fundamental para el desarrollo integral y promoción de hábitos saludables. Los resultados indicaron que la reclusión no implicó necesariamente peor salud y autorregulación, que el tiempo de condena no ejerció excesiva influencia sobre estas dos dimensiones y que el taller de habilidades sociales no pareció haber producido efectos sobre la salud y la autorregulación de los reclusos.

En la investigación realizada por **Echeverri (2010)**, que tiene como tema: “la prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación”, refiere que la evaluación psicológica se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento humano; es así como cuando una persona comete una o varias conductas delictivas, del estudio pormenorizado que hagamos de sus antecedentes personales y de las circunstancias vitales que lo hayan influenciado podemos concluir datos relevantes para efectuar un abordaje terapéutico oportuno, que abarque diferentes áreas de su personalidad y que se convierta en la finalidad primordial de su internamiento en prisión: la reeducación de sus carencias y la reinserción social plena a su vuelta a la vida en libertad. (**López y Vela, 2009**). Así mismo la adaptación psicológica y conductual al medio penitenciario se encuentra determinada por una serie de complejas circunstancias y variables que interrelacionadas entre sí, ofrecen un extenso abanico de posibilidades a la hora de manifestarse en el proceso de adaptación a este medio. Estas variables pueden concentrarse en tres apartados: la edad del individuo (a mayor cúmulo de experiencias personales, mayor facilidad de adaptación al medio carcelario), nivel cultural (a mayor número de capacidades y de conocimientos personales, mayor facilidad de adaptación al medio carcelario) y trayectoria penal (a mayor reincidencia delictiva, mayor facilidad de adaptación al medio carcelario).

La cárcel exige un esfuerzo adaptativo constante al encierro, lo mismo crea como consecuencia una serie de distorsiones afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas que salen a la luz desde el momento en que el individuo es despojado de su libertad. La evaluación psicológica en el ámbito penitenciario es vital para comprender y analizar un determinado comportamiento delictivo, para así poder

desarrollar una serie de pautas de actuación sobre el autor de esas conductas que le lleven a la superación de las circunstancias que las motivaron; así en el futuro, afrontara eventos similares aplicando las estrategias aprendidas que le resulten más eficaces.

Por otro lado, está la investigación realizada por **Zabala (2016)**, sobre “Prevalencia de Trastornos Mentales en Prisión: análisis de la relación de delitos y reincidencia”. La prevalencia de los trastornos mentales en las prisiones españolas es elevada, nueve de cada diez internos han sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida, siendo los trastornos más prevalentes el trastorno por consumo de sustancias, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos, la tasa de prevalencia de trastorno mental en población reclusa encontrada en este estudio es de 5.3 veces superior a la población general. El perfil psicopatológico de la muestra de estudio se caracteriza por internos que presentan en su gran mayoría comorbilidad entre dos o más trastornos, siendo la más frecuente la coexistencia de trastorno mental y trastorno de personalidad. En cuanto al perfil delictivo los delitos más frecuentes fueron contra la salud pública y robo con violencia. El consumo de sustancias está relacionado con los delitos contra la propiedad, el abuso está relacionado con delitos contra la salud pública y la dependencia de sustancias con los delitos contra las personas. Respecto a la reincidencia se relacionó de manera significativa con la dependencia de sustancias en una proporción en más del doble respecto a los que no presentaban dependencia de sustancias, siendo los delitos más reincidentes los delitos de robo con violencia, robo con intimidación, y el delito contra la salud pública, siendo las tasas más altas en los primeros que en el último. Esto parece indicar que, aunque los delitos contra la salud pública y contra las personas son los más frecuentes, no son los más reincidentes.

El perfil clínico se caracteriza por una prevalencia más elevada de problemas nerviosos/ depresiones y problemas de visión. La relación entre trastorno mental y el tipo de delito no es muy intensa. Los trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos inducidos por sustancias presentan un mayor riesgo de comisión de determinados tipos de robos y el trastorno depresivo mayor y la

agorafobia presentan un menor riesgo de comisión de delitos contra la salud pública. Se pone de manifiesto la estrecha relación entre el consumo de drogas, la comisión de un delito y el trastorno mental. El hecho de tener un trastorno de personalidad incrementa el riesgo de estar condenado por delitos contra las personas y en un menor grado delitos contra la salud pública. Así mismo tener un trastorno de personalidad no influye sobre la reincidencia delictiva. Al menos no se encontró una relación lo suficientemente fuerte.

El aumento de personas con trastornos mentales, no solo se contempla en la población general, también es una realidad dentro del contexto penitenciario ya que se evidencia una alta prevalencia de personas con trastornos mentales. Estudios a nivel mundial revelan que nueve de cada diez reclusos presentan alteraciones en su salud mental, además se ha descubierto que existen casos de comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, siendo este uno de los principales problemas de salud. Las personas con alteraciones en su salud mental presentan más vulnerabilidad, sobre todo quienes se mueven en contextos de callejización y exclusión, lo que propicia su entrada a círculos delictivos y reincidencia.

En el trabajo investigativo de **Arroyo (2011)**, sobre “Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo”, se resalta la necesidad de reflexionar sobre la manera más eficiente, de utilizar los recursos penitenciarios disponibles para alcanzar los estándares adecuados de calidad, en la asistencia a la salud mental dentro de la prisión. Existe poca literatura científica donde se enuncien las políticas asistenciales de las diferentes administraciones sobre la asistencia a problemas de salud mental en el medio penitenciario. Las que lo hacen están de acuerdo en una serie de afirmaciones: se debe ofrecer una respuesta terapéutica de igual calidad a la recibida por los enfermos en la comunidad, debe ser un equipo multidisciplinar el encargado de atender a este tipo de pacientes, es preciso un esfuerzo de coordinación entre las administraciones que en un momento determinado deben atender a estos pacientes, la asistencial, la social, la judicial y la penitenciaria. El hecho de encontrar un crecimiento de la proporción de trastornos mentales entre

las personas que están en prisión, no debe hacer pensar en la correlación trastorno mental y delincuencia, o prisión y deterioro mental, estamos hablando de enfermos mentales crónicos, con varios años de evolución de sus procesos, cuyo deterioro acaba por desembocar en un fracaso de su capacidad de adaptación social entrando en comportamientos delictivos propios de la exclusión social, drogadicción, hurtos, lesiones y robos.

Las actuaciones puestas en práctica por las administraciones penitenciarias en materia de salud mental aún tienen aspectos que mejorar, en el caso de la atención multidisciplinaria, esta no actúa bajo políticas asistenciales específicas en lo sanitario que proporcionen una respuesta terapéutica de igual calidad que la atención en comunidad. Lo destacable de esta situación puede ser la motivación para impulsar, coordinar y orientar esfuerzos para que se haga un uso más eficiente de los recursos penitenciarios disponibles y que de esta forma los internos que padecen enfermedades mentales puedan gozar de garantías sobre su salud.

Los antecedentes investigativos tomados como referencia para la investigación, abordan las problemáticas que influyen sobre la calidad de vida y salud mental en personas privadas de libertad, dando relevancia a serios problemas estructurales y administrativos en centros penitenciarios. Consiguientemente el abordaje de esta información aportará en la construcción y desarrollo de la investigación proporcionando una amplitud teórica basada en la realidad.

Desarrollo Teórico

Calidad de vida

Para **Amarthya Sen (1999)**, la posibilidad de vivir mucho tiempo y de disfrutar de una buena vida a lo largo de la existencia son cosas que los seres humanos valoran y desean intensamente, es la obtención de la libertad medida a través de la obtención y desarrollo de las capacidades. En primer lugar, la gente

necesita cantidades diferentes de los bienes básicos, en segundo lugar, más importante que la posesión o el acceso a los bienes es lo que dichos bienes realmente hacen a los individuos, el tercer indicador es equiparable con las actividades o funciones valiosas que un sujeto efectivamente es capaz de realizar en cuanto integrantes de una vida social.

Salas & Garzón (2013) definen la calidad de vida como:

Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.

Además, hacen mención a los siguientes indicadores:

- **Bienestar:** valoración subjetiva del estado de salud, que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico. Tiene que ver con el desarrollo de potencial humano a nivel físico, psíquico y social.
- **Bienestar total:** nuevo concepto de salud relacionado básicamente con la calidad de vida, que hace hincapié en las dimensiones de la existencia humana relativas a la experiencia y a la conducta.
- **Condiciones de vida:** nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del entorno físico en el cual vive la persona.
- **Estado positivo de salud:** estado de salud que va más allá de un estado asintomático; se refiere por lo general a la calidad de vida y al potencial de la condición humana e incluye la energía para vivir, la autorrealización y la creatividad. La calidad de vida puede definirse como bienestar subjetivo, reconociendo que la subjetividad de esta es una de las claves para la comprensión de su estructura.

La calidad de vida se define como satisfacción de vivir. Tiene un carácter subjetivo, especialmente a nivel individual.

Es la sumatoria de factores que derivan de la interacción entre sociedad y ambiente, alcanzados en la vida respecto a necesidades biológicas y físicas. Es el grado de satisfacción alcanzado (en la satisfacción de necesidades inherentes y adquiridas) en el ámbito de las áreas física, psicológica, social, de actuación, material y estructural. Se reconocen necesidades concretas (ej. alimentación, vivienda) y abstractas (ej. autoestima) (**Forattini, 1991**).

La CV no tiene connotación económica solamente, sino que tiene que ver más bien con desarrollo humano; puede mejorar independientemente de los recursos materiales. El bienestar psicosocial es un componente fundamental de la CV e incluye: recreación, trabajo digno, reconocimiento, participación, afecto, conocimientos – habilidades – hábitos y valores para la vida diaria, sentido de la vida versus vacío existencial, experiencia mutua solidaria, etc. (**Salas y Garzón, 2013, pág. 41**)

Convivencia y cordialidad

Estudios, de corte psicológico que se inspiran en los trabajos de **Lewin (1997)** sobre el clima social de las organizaciones y de la teoría de la personalidad de **Murray (1938)**, asumen que las interacciones entre las personas en un contexto social determinado condicionan la personalidad en la medida en que las necesidades individuales y las presiones ambientales interactúan. Según esta perspectiva, el comportamiento de los individuos, sus valores y sus actitudes, se modelarán en función de factores ambientales resultantes de esta interacción (**Vázquez, 1992**).

A través de sus trabajos de aproximación a la realidad de los internos y del personal penitenciario, **Liebling y Arnold (2004)** advierten que el papel de la confianza en las relaciones cotidianas puede ser tan relevante para definir las condiciones de vida como los mecanismos de control o las condiciones físicas de internamiento. Identificar a alguien como deshonesto o hipócrita conlleva una

pérdida radical de la confianza. La confianza se construye muy lentamente, pero se pierde muy rápido.

Sales (2018) menciona que la convivencia y cordialidad en prisión recoge las dimensiones:

- **Entrada en custodia:** capta los sentimientos y percepciones sobre el tratamiento recibido en el proceso de ingreso y adaptación al centro.
- **Respeto y cortesía:** se refleja en actitudes positivas y de respeto por parte del personal del centro.
- **Relación con los internos y el personal:** relativo a la confianza mutua entre los equipos profesionales y los presos.
- **Humanidad:** pretende captar en qué medida el ambiente del centro reconoce el valor y la humanidad de los individuos.

Profesionalidad y funcionamiento del centro

En palabras de **Vigna (2016)** más allá de las situaciones de la vida cotidiana, donde frecuentemente no existe una normativa clara sobre cómo proceder, también hay casos donde las reglas están disponibles, pero los funcionarios consideran que aplicarlas de modo estricto podría implicar más una amenaza que un beneficio. Así, la “subutilización selectiva del poder”, resulta una habilidad extremadamente apreciada entre los funcionarios. Esta “tolerancia selectiva de los ilegalismos” se traduce, generalmente, en “hacer la vista gorda” delante de ciertas faltas leves, y particularmente, delante de comportamientos que, aun estando prohibidos, son considerados por los funcionarios como que sirven para distender, entretener, o distraer a los detenidos.

Si bien los funcionarios penitenciarios pueden hacer un uso legítimo de la coerción, resulta claro que la gestión del día a día no puede estar basada en el ejercicio continuo de la misma. Al respecto, **Sykes (1958)** destaca tres factores denominados “defectos del poder total”, que hacen que el mismo no pueda ser implementado plenamente:

- i) El poder de los funcionarios no está basado en la autoridad (la población carcelaria no siente necesariamente el “deber moral” de obedecer);
- ii) El uso de la fuerza es extremadamente ineficiente para asegurar la obediencia y de ninguna manera puede ser considerada como una forma de mantener una rutina diaria en funcionamiento; y
- iii) El sistema de recompensas y castigos que los funcionarios tienen para moldear el comportamiento de la población carcelaria no funciona como tal, dado que ni las sanciones, ni las recompensas hacen que la situación de los destinatarios sea claramente diferente de la del resto de los detenidos.

Nuevas formas de management están implicando una falta de confianza en las figuras de dirección de los centros, que son identificadas como personas ajenas a la “profesión” que fijan objetivos cuantitativos estrechamente vinculados al rendimiento económico. Se percibe una mayor división entre “corbatas” y “uniformes” (**Liebling y Crewe, 2011**) y una añoranza de la predictibilidad de las modalidades de ejercicio de poder clásicas por parte de los funcionarios de prisiones más antiguos. Los empleados con larga trayectoria consideran que con las nuevas metodologías para medir el desempeño se desprecia su profesionalidad y su capacidad para cultivar la confianza con los internos a través del trato personal y la experiencia (**Crewe, 2012; Simon, 2000, Liebling et al, 2010**).

Seguridad

Cuando un estado priva a una persona de su libertad, incurre en un deber de cuidado para garantizar que la dignidad de esa persona sea respetada.

Los estados deben garantizar también que las prisiones estén protegidas y sean seguras para la población reclusa, el personal y la comunidad exterior. Estas dos obligaciones no son contradictorias, sino que van de la mano, ya que la seguridad puede ser garantizada mejor en un sistema bien ordenado y administrado de manera justa, que trate a los reclusos y las reclusas con humanidad y justicia. (**Coyle, 2002, pág. 58**)

La **Asamblea Nacional de las Naciones Unidas (2006)** establece que proporcionar seguridad y orden es fundamental en los lugares de detención. Desde una perspectiva de derechos humanos, la seguridad y la protección constituyen una parte integral de la responsabilidad del estado de proteger a las personas privadas de libertad. El estado “asume un deber de protección intensificado al limitar severamente la libertad de movimiento y la capacidad de autodefensa de un individuo”.

La **Reforma Penal Internacional y la Asociación para la Prevención de la Tortura (2014)** en su publicación equilibrando la seguridad y la dignidad en las prisiones: un marco de trabajo para el monitoreo preventivo, revelan que un aspecto clave de la protección dentro de la prisión es la necesidad de prevenir la violencia entre reclusos o reclusas. Esto puede tener varias dimensiones, desde actos de violencia aislados contra un individuo recluso, la violencia regular contra los grupos de detenidos más vulnerables, los sistemas de violencia por estructuras informales de pandillas o liderazgos, hasta los sistemas de ‘autogobierno’ donde la seguridad interna de la prisión se deja a manos de las mismas personas reclusas.

“La clave de un sistema de prisión seguro y humano yace en el personal y la naturaleza de su relación con la población reclusa” (**Coyle, 2002**).

Mantener la seguridad requiere de inversión en términos de configuración de la prisión, y en particular de una proporción adecuada personal-recluso/reclusa. El personal profesional seleccionado cuidadosamente, adecuadamente capacitado y supervisado será capaz de lidiar con las personas detenidas de manera humana mientras que presta atención a asuntos de seguridad y buen orden.

Contacto con el exterior

El **manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal de las Naciones Unidas (2010)** establece que en el tratamiento de los reclusos no debería hacerse hincapié en su exclusión de la sociedad sino, por el contrario, el hecho de que continúan formando parte de ella. Por consiguiente, debería recurrirse, en la medida de lo posible, a la cooperación de organismos de la comunidad que ayuden al personal del establecimiento en su tarea de rehabilitación social de los reclusos.

Es imprescindible garantizar que los reclusos mantengan suficiente contacto con el mundo exterior para que el sentimiento de aislamiento y alienación no dificulten su reinserción social. Permitir a los reclusos el máximo contacto posible con sus familiares y amigos ayudará a mantener esos vínculos, facilitando así la transición de la prisión a la sociedad civil una vez puestos en libertad (2010).

En determinados países en que los recursos destinados a las actividades penitenciarias son insuficientes, el mantenimiento de los vínculos con la familia y la sociedad puede ser el único medio disponible para mitigar los efectos nocivos de la prisión y facilitar la reinserción.

Bienestar y desarrollo personal

El bienestar subjetivo es definido como “balance afectivo, que se obtiene restando la frecuencia de emociones positivas y frecuencia de emociones negativas, y la satisfacción vital percibida” (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Por lo tanto, se pueden distinguir dos componentes básicos del bienestar subjetivo: el cognitivo; constituido por la percepción de la satisfacción vital, y afectivo, formado por el afecto positivo (estados de ánimo y emociones diversas con un contenido subjetivo agradable) y la ausencia de afecto negativo (estados de ánimo y emociones con contenido subjetivo desagradable) (Veenhoven, 1994).

Factores determinantes del bienestar subjetivo

Tomando como referencia el estudio de Diener et al. (1999) y otros estudios relacionados (García, 2002; Gómez et al., 2007), a continuación, se presentan aquellos factores que guardan una relación significativa con el bienestar subjetivo:

- **Personalidad:** la personalidad es uno de los indicadores más fuertes y consistentes del bienestar subjetivo (García, 2002). Según Diener et al. (1999), las personas tenemos una tendencia a experimentar los mismos niveles de emociones positivas o negativas frente a una amplia variedad de situaciones. Dentro de esta dimensión, se pueden diferenciar varios factores que influyen en mayor o menor medida en el bienestar subjetivo.

- **La autoestima:** es definida como “una actitud o sentimiento positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo” (**M Reina y Parra, 2010**)
- **Optimismo:** **Scheier y Carver (1985)** desarrollaron una teoría de la predisposición al optimismo en la que “los pensamientos característicos de una persona sobre el futuro afectan a las circunstancias personales”. por consiguiente, si alguien espera resultados positivos, una persona trabajara para alcanzar esas metas que se ha propuesto, mientras que, si uno espera errores, la persona se encontrara más lejos de sus metas personales (**Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999**).
- **Sentido de autocontrol:** **Musick y Wilson (2003)**, en la búsqueda de niveles más bajos de depresión, dedujeron que los efectos que producen un bajo nivel de bienestar eran moderados por el autocontrol, por lo tanto, el sentido de control se constituye como un factor mediador del bienestar subjetivo.
- **Capacidad de afrontamiento:** según **Diener et al. (1999)** “la adaptación debería distinguirse de la capacidad de afrontar los problemas, donde el énfasis está en el papel activo del individuo más que en un proceso biológico y pasivo”. **Solís y Vidal (2006)** identifican las siguientes estrategias de afrontamiento: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, tener distracción física, buscar apoyo profesional o espiritual.
- **Aspiraciones:** **Diener y Fujita (1995)** constataron que las aspiraciones en sí mismas no afectan directamente al bienestar subjetivo, sino el hecho de que estas sean coherentes con los recursos personales, siendo el proceso que lleva a alcanzar esa aspiración más importante que la consecución de la misma.
- **Metas:** según **Diener et al. (1999)** el tipo de metas personales que uno tiene, su estructura, el éxito con el cada cual afronte la lucha por alcanzarlas y el grado de progresión hacia esas metas pueden afectar potencialmente a las emociones individuales y la satisfacción con la vida.

Salud mental

Por salud Mental se entiende una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (**Organización Mundial de la Salud, s.f.**).

El **grupo de gestión integrada para la salud mental colombiana** (2014) define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.

En relación con esta definición es importante tener en cuenta que:

- La forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.
- La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo.

Síntomas somáticos

Los síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO):

Incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen. Puede tratarse de síntomas solos o agrupados. Algunos grupos de síntomas constituyen síndromes funcionales que coexisten, a menudo, en los mismos pacientes y se suceden a lo largo de su vida. Los diagnósticos funcionales se solapan unos con otros y también con diagnósticos psicopatológicos como ansiedad y depresión (**Velasco, Ruiz y Alvarez, 2006, pág. 318**).

Guzmán (2001) afirma que la somatización como tal:

No es un diagnóstico psiquiátrico, sino un denominador común de una serie de procesos patológicos agrupados según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) como trastornos somatomorfos. Los trastornos somatomorfos son un conjunto de patologías cuyo diagnóstico se realiza por la presencia de síntomas corporales que los explique completamente y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o estrés. Los pacientes con trastornos somatomorfos crónicos y graves suelen presentarse también con trastornos de la personalidad que determinan la evolución o, incluso, son el diagnóstico principal del caso. (pág. 1)

Con respecto a las manifestaciones clínicas de la somatización según **Cabrera, Vallejos, Jaimes y Ruiz** “los síntomas interfieren en la vida cotidiana y suelen estar asociados a trastornos del estado de ánimo, que pueden ser consecuencia de interacciones farmacológicas por tratamientos iniciados de manera independiente por diferentes médicos” (2008).

Ansiedad

Ruiz y Lago (2005) definen a la ansiedad patológica como la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión. La persona que tiene ansiedad teme volverse loca, morirse o realizar un acto incontrolable.

Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico (inquietud psicomotriz, taquicardia, sensación de muerte inminente, tensión, etc.). Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social (pág. 266).

Los trastornos de ansiedad son las perturbaciones psiquiátricas más frecuentes a lo largo de nuestras vidas, se caracterizan principalmente por el miedo excesivo a situaciones que no representan ningún peligro real. Estos padecimientos consumen muchos recursos de salud y son un factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares. La base neurobiológica de los trastornos de ansiedad está en las alteraciones del circuito cerebral del miedo (**Martínez y López, 2011**).

Torres y Chávez (2013) en su artículo titulado “Ansiedad” conceptualiza a esta como una enfermedad, resultado de un trastorno neurótico, ocasionado generalmente por experiencias desagradables y que se manifiesta a través de cambios del estado de ánimo, que ponen al individuo en una reacción de alerta frente a situaciones de peligro, que no tienen fundamento real aparente, a diferencia del miedo que es una reacción de defensa ante un peligro tangible y claro (pág. 1788).

Se manifiesta como respuesta a una situación de temor desagradable constante, éste llega a ser patológico cuando altera el comportamiento del individuo, siendo este, incapaz de enfrentarse a situaciones diarias, convirtiéndose más en una amenaza que en algo favorable (pág. 1788).

Disfunción social

Para **Castro (2011)** la disfunción social es el factor más importante al medir la gravedad de los síntomas y el tratamiento, ya que el rechazo social causa un gran daño a la personalidad, esto suele crear síntomas como:

- Angustia: estado anímico de extrema inquietud ante un peligro no definido.

- Ansiedad: temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce.
- Tristeza: Falta de ánimo estado de depresión.
- Pérdida de autoestima y, somatización: La persona se siente poco importante, estas personas con baja autoestima no poseen la fuerza interior, se sienten en completa soledad.

El medio carcelario, por sus características como el aislamiento afectivo, la vigilancia permanente, la falta de intimidad, la rutina o las frustraciones reiteradas, conduce a la desconfianza y a la agresividad en las relaciones personales, comportamientos que pueden verse acrecentados en aquellos penados que presentan rasgos de personalidad clínicamente significativos o trastornos de personalidad que suponen una menor capacidad de adaptación (**Arroyo y Ortega, 2009**).

Depresión grave

Según la **Organización Mundial de la Salud (2018)**:

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. La depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada.

La depresión es un trastorno afectivo que se manifiesta clínicamente por un descenso del estado de ánimo, anhedonia, baja autoestima y un aumento de la autocrítica y los niveles de perfeccionismo. **Botto, Acuña y Jiménez (2014)** afirman que:

A este núcleo sintomático se puede llegar por diversas vías (ambientales, neurobiológicas, caracterológicas) con distintos grados de interacción. Según la manera en que se relacionan estas vías la depresión puede tomar diversas

formas: psicótica y melancólica (predominio de factores biológicos), no melancólica (predominio de elementos caracterológicos), anaclítica/introyectiva (personalidad, configuración de estilos de apego).

La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. **Pérez et al. (2017)** argumentan:

- Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad.
- También, se encuentran a la baja los sentimientos de autoestima, existe una pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio.

Efectos Psicológicos del Encarcelamiento (Wheeler, 2007)

1. **La ansiedad:** el ingreso a la cárcel es acompañado de un significativo nivel de ansiedad emocional, graduable en función de las circunstancias personales del sujeto, dicho grado es inversamente proporcional al nivel de conocimiento del medio penitenciario: un buen conocimiento rebaja la tensión emocional y una gran inexperiencia la eleva significativamente.
2. **Despersonalización:** es la pérdida de la propia individualidad, se produce como consecuencia de las agresiones ambientales a las que se expone el sujeto. La percepción, extraordinariamente extendida entre los reclusos, de que no tienen personalidad propia y de que están expuestos a esa despersonalización provoca que busquen constantemente su diferenciación dentro del colectivo, distinción del “resto”. En un patio carcelario las personas se difuminan y su percepción grupal impide la individualización.

3. **Pérdida de intimidad:** desde el punto de vista emocional, las consecuencias negativas de la convivencia forzada superan en gravedad a las que provoca el aislamiento. no es suficiente que los reclusos demanden momentos de soledad, de recogimiento y de no-convivencia. La necesidad de tener intimidad se ve gravemente acentuada si en el entorno en que se encuentra el sujeto es percibido como agresivo o violento en relación con su persona y su intimidad.
4. **Autoestima:** la persona que ingresa en prisión por primera vez como consecuencia de la comisión de un delito ve truncada su libertad y, de forma más personal e íntima su propia consideración. El recluso vive inmerso en un mundo de descrédito social permanente. En la trayectoria de cualquier individuo el ingreso carcelario y sus consecuencias afectan extraordinariamente la autoestima.
5. **Falta de control sobre la propia vida:** la absoluta normativización a la que la persona se ve avocada y la total dependencia externa provoca, en primer término, un cierto abandono respecto a su capacidad de decisión. La progresiva y creciente adaptación del individuo al medio permite ir adoptando elecciones que, aunque aparentemente tiene una mínima trascendencia sobre su situación global, si son importantes de cara a su recuperación personal.
6. **Ausencia de expectativas:** no existen expectativas en relación con la vida propia que no estén conectadas en alguna medida con el fin del retorno a la vida libre en el menor tiempo posible. Cualquier momento es en sí mismo un solo pasatiempo en espera de que este objetivo se consiga.

1.2.Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- ❖ Investigar la incidencia de la calidad de vida en la salud mental de las personas privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.

Esto se cumple mediante el análisis e interpretación de los resultados de la aplicación de dos instrumentos validados, además que se fundamenta con la comprobación y verificación de la hipótesis, a través de cálculos estadísticos que posteriormente determinan si existe o no relación e influencia entre las variables.

1.2.2. Objetivos Específicos

- ❖ Conocer la calidad de vida de las personas privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.

Este objetivo se cumple a través de la investigación de campo y la interpretación del instrumento aplicado para la medición de la variable independiente Cuestionario de Medición de Calidad de Vida en Prisión (MPQL), el mismo permite la identificación de los factores de mayor incidencia en la calidad de vida de las personas privadas de libertad de la etapa de Mediana Seguridad del CRS Cotopaxi.

- ❖ Identificar algunas de las causas que determinan la salud mental de las personas privadas de libertad.

Se da cumplimiento a este objetivo por medio del análisis e interpretación del instrumento de la variable dependiente Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28), puesto que verifica los determinantes en la salud mental de las personas privadas de libertad de la etapa de Mediana Seguridad del CRS Cotopaxi.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Materiales

2.1.1. Instrumentos

Los materiales utilizados en el desarrollo de la investigación se concretan en la aplicación de dos instrumentos validados que evalúan las variables en estudio, estos han sido validados por medio de investigaciones previas en el contexto penitenciario.

Cuestionario de Medición de la Calidad de vida en Prisión (MQPL) de Alison Liebling (2004)

El cuestionario MQPL original tiene tres partes con prácticamente todas las preguntas cerradas. En la primera se indaga por la trayectoria personal y penitenciaria del preso. La segunda está formada por una amplia batería de afirmaciones sobre la calidad de vida en prisión, el entrevistado tiene que manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo mediante una escala Likert de cinco posiciones. La tercera y última parte está compuesta por una medida de la valoración global de la cárcel en términos de calidad de vida mediante una escala numérica de 1 a 10, donde 1 es la puntuación más baja y 10 la más alta. **(Pozo, Navarro, Nakahira y Cutiño, 2018)**

La dificultad de utilizar todos los ítems de la MQPL original, no impide que la selección de algunos ayude a cumplir con el objetivo propuesto, pues a pesar de reducir el cuestionario a 52 ítems, se ha mantenido la lógica de representar todas las dimensiones y los ámbitos identificados por Liebling como relevantes para definir la calidad de vida en prisión. A partir de los datos de las encuestas válidas es posible evaluar la fiabilidad de las escalas de medida a través del cálculo del Alpha de Cronbach.

Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-

Este cuestionario fue elaborado para facilitar la identificación de rasgos patológicos menores, el objetivo es para evaluar salud auto percibida, una evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general dándole relevancia al ámbito de la salud mental.

Es un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión Grave). Como instrumento de cribado sugerido para detectar problemas de nueva aparición, la puntuación (GHQ) se realiza asignando valores 0, 0, 1, 1. Como instrumento de cribado para identificar problemas crónicos, la puntuación (CGHQ) de los ítems positivos se puntúan 0, 0, 1, 1; y los negativos 0, 1, 1, 1. Entonces el punto de corte se sitúa en 5/6 (caso/no caso). Los ítems positivos son A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7, y los ítems negativos son el resto (Calvo, 2013).

El Cuestionario de Salud General de Goldberg ha sido sometido a validación en numerosos países especialmente para medir parámetros de salud general y salud mental en diferentes grupos de pacientes. Los datos sobre aplicación y resultados han demostrado la fiabilidad de este cuestionario. En los múltiples trabajos llevados a cabo en diferentes países, la sensibilidad del conjunto oscila entre 44% y 100% mediana del 86% y la especificidad entre el 74% y el 93% mediana del 82%. (Tapia, 2011).

2.1.2. Recursos

- **Institucionales**

Universidad Técnica de Ambato

Centro de Rehabilitación Social Sierra Centro Norte Cotopaxi.

- **Humanos**

Marcela Alexandra Taipe Culqui (Investigadora)

Personas privadas de libertad de la etapa de Mediana Seguridad del Centro de Rehabilitación Social Sierra Centro Norte Cotopaxi.

- **Materiales**

Suministros y materiales de oficina.

- **Tecnológicos**

Computadora, impresora e internet, bibliotecas y repositorios virtuales, revistas y artículos científicos.

- **Financieros**

DETALLE	VALOR
Materiales Bibliográficos	15.00
Impresiones	70.00
Materiales de oficina	20.00
Internet	30.00
Copias	60.00
Transporte	75.00
Otros	20.00
Total	290.00

2.2. Métodos Investigativos

En la investigación, se aplicó tres métodos investigativos, los cuales fueron seleccionados de acuerdo al tipo de estudio, el contexto y sujetos analizados.

2.2.1. Métodos

Observación Científica

Para **Ramos** (2008) este método consiste en la percepción directa del objeto de investigación. La observación es un instrumento universal, que permite

conocer la realidad mediante la percepción directa de los objetos y fenómenos. Se puede utilizar en distintos momentos de una investigación más compleja: en su etapa inicial como diagnóstico del problema a investigar y es de gran utilidad en el diseño de la investigación. En el transcurso de la investigación, será el procedimiento propio del método utilizado en la comprobación de la hipótesis. Al finalizar la investigación la observación puede llegar a predecir las tendencias y desarrollo de los fenómenos, de un orden mayor de generalización.

Analítico-sintético

Rodriguez y Perez (2017) establecen que este tipo de método es empleado para la descomposición de todas sus variables en partes, con el propósito de conocer sus raíces y mediante el análisis poder llegar a una síntesis para reconstruir y explicar su propio conocimiento, es decir permite la descomposición de variables en estudio para poder analizar desde sus raíces o particularidades y llegar a un conocimiento propio.

Hipotético Deductivo

El investigador propone una hipótesis como consecuencia de sus inferencias del conjunto de datos empíricos o de principios y leyes más generales. En el caso de planteamiento de hipótesis, se aplica mediante procedimientos inductivos. Es el primer paso a las inferencias lógico deductivas para arribar a conclusiones particulares a partir de la hipótesis y que después se puedan comprobar experimentalmente (**Ramos, 2008**).

Los tres métodos seleccionados son idóneos para aplicar en la investigación planteada, porque orienta al objetivo general y contribuye a la demostración de la hipótesis; de esta manera proponer un estudio científico con alto grado de fiabilidad y validez, ya que analizan al fenómeno y al sujeto dentro de su contexto natural, es decir, se realiza un concreto estudio de campo, dejando de lado juicios de valor y subjetividades.

2.2.2. Enfoque de Investigación

Esta Investigación se basa en el enfoque cuantitativo, que como lo afirma **Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2010)**, el enfoque cuantitativo se “usa para la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de compartimientos”

La investigación es de carácter cuantitativo, porque se hace uso de instrumentos validados para la recolección de datos, como encuestas que se ajustan al contexto y realidad investigada, posteriormente por medio de procedimientos estadísticos se comprueba la hipótesis planteada, dando cumplimiento a los objetivos de la investigación.

2.2.3. Modalidad Básica de la Investigación

Las modalidades que responden a la investigación son:

Investigación de Campo

La investigación de campo, tiene como finalidad recoger y registrar ordenadamente los datos relativos al tema escogido como objeto de estudio (**Baena, 2014**)

Esta investigación se considera de campo debido a que se recopilan datos de fuentes primarias con un propósito específico, encaminado a comprender observar e interactuar con las personas en su entorno natural, conocer sus necesidades y principalmente reconocer cuál es la problemática que está afectando su realidad y evaluar aspectos de calidad de vida y salud mental mediante la aplicación de herramientas validadas científicamente.

Investigación Bibliográfica

Rodríguez (2013) define a la investigación bibliográfica o documental como aquella que utiliza textos (u otro tipo de material intelectual impreso o grabado) como fuentes primarias para obtener sus datos. No se trata solamente de una recopilación de datos contenidos en libros, sino que se centra, más bien, en la

reflexión innovadora y crítica sobre determinados textos y los conceptos planteados en ellos.

La investigación adopta esta modalidad debido a que se recolecta información de libros, artículos científicos, documentos investigativos, revistas científicas, tesis de grado y demás, los cuales aportan con contenido científico de alto valor para conocer, ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores sobre la temática que corroboren los objetivos de la investigación.

2.2.4. Nivel De Investigación

Investigación exploratoria

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio (**Hernandez, Fernández y Baptista, pág. 79**).

Lo antes expuesto es aplicable a la temática planteada puesto que dentro de la variable dependiente calidad de vida existen investigaciones previas que fundamentan la investigación, sin embargo, en el caso de salud mental en personas privadas de libertad es una temática poco abordada, sin embargo, esta problemática es algo latente en la actualidad.

Investigación Descriptiva

Se propone este tipo de investigación porque consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. (**Hernandez, Fernández y Baptista, 2010**)

Se pretende conocer la calidad de vida y salud mental en el contexto penitenciario detallando características que influyen directamente en el origen y desarrollo de la problemática encontrada.

En la investigación se describe cada una de las variables de estudio (independiente y dependiente) sus situaciones, sus conceptualizaciones

especificándose en los contextos en donde está desarrollada la problemática sus componentes además de comprobar si las variables influyen entre sí.

Investigación Correlacional

La investigación correlacional permite determinar estadísticamente si las variables son concomitantes e influye directamente en el cambio de una variable en otra. (Díaz, 2010). El propósito es medir el grado de relación que existe entre la variable independiente calidad de vida y la variable dependiente salud mental en un contexto particular, es decir en el Centro de Rehabilitación Social Sierra Centro Norte Cotopaxi.

2.2.5. Población y Muestra

Población

La población de estudio corresponde a las personas privadas de libertad (varones) de la etapa de Mediana Seguridad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.

Población Total de la Etapa de Mediana Seguridad al Mes de Marzo 2019:
1800 personas Privadas de Libertad

Muestra

Se consideró pertinente la aplicación de un proceso muestral, el cual permitió optimizar tiempo, además de ofrecer resultados confiables y concretos:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Z^2 \cdot p \cdot q + N \cdot e^2}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

p= Probabilidad de éxito 50%= 0,5

q= Probabilidad de fracaso 50%= 0,5

Z= Nivel de confiabilidad= 95%=1,96

e= error de muestro 5%= 0,05

Reemplazando los datos se obtiene:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Z^2 \cdot p \cdot q + N \cdot e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0,5 * 0,5 * 1800}{(1.96)^2 * 0,5 * 0,5 + 1800(0,05)^2}$$

$$n = \frac{0,9604 * 1800}{0,9604 + 1800(0,0025)}$$

$$n = \frac{1728,72}{0,9604 + 4,5}$$

$$n = \frac{1728,72}{5,4604}$$

$$n = 317 \text{ Privados de Libertad}$$

2.6. Hipótesis

La calidad de vida incide en la salud mental de las Personas privadas de libertad de etapa de Mediana Seguridad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El proceso de interpretación de los resultados consta de tres apartados, el primero referente a la situación sociodemográfica o datos generales, el segundo Cuestionario de Medición de la Calidad de vida en Prisión (MPQL) de **Alison Liebling (2004)** y el tercero Cuestionario de Salud General de Goldberg - GHQ28.

3.1. Análisis y Discusión de los Resultados

3.2 Situación socio-demográfica

Tabla 1: Edad

Edad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18 - 23	8	2,5	2,5	2,5
24 - 29	22	6,9	6,9	9,5
30 - 35	23	7,3	7,3	16,7
36 - 41	41	12,9	12,9	29,7
Válidos 42 - 47	68	21,5	21,5	51,1
48 - 53	76	24,0	24,0	75,1
54 - 59	59	18,6	18,6	93,7
60 - 65	20	6,3	6,3	100,0
Total	317	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

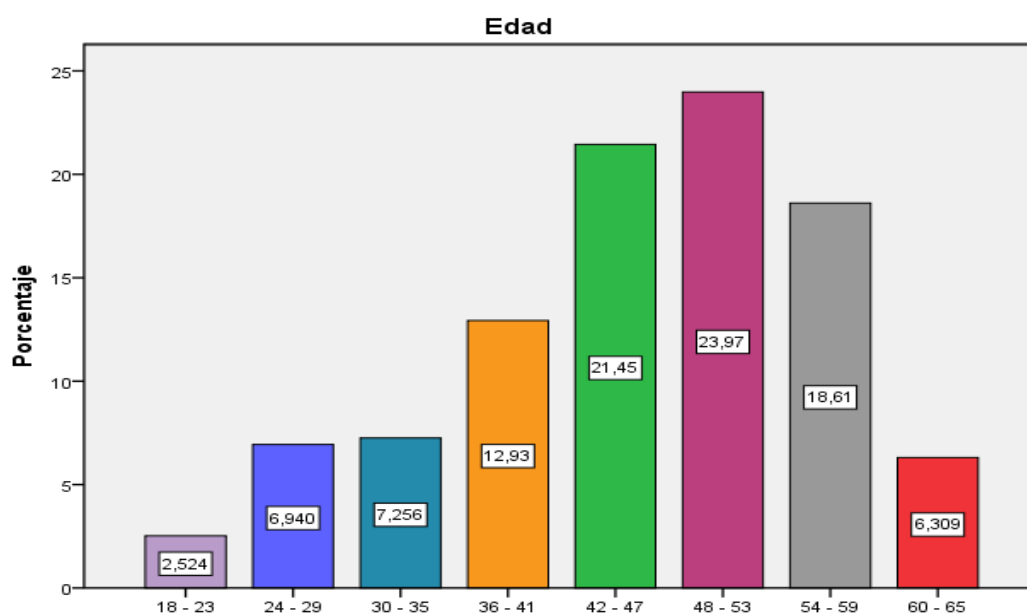


Gráfico 1: Edad

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

Tabla 2: Actividad principal

¿Cuál de las siguientes considera que es su actividad principal durante el día?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Educativas	31	9,8	9,8	9,8
Culturales	39	12,3	12,3	22,1
Válidos Laborales	77	24,3	24,3	46,4
Ninguna	170	53,6	53,6	100,0
Total	317	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

¿Cuál de las siguientes considera que es su actividad principal durante el día?

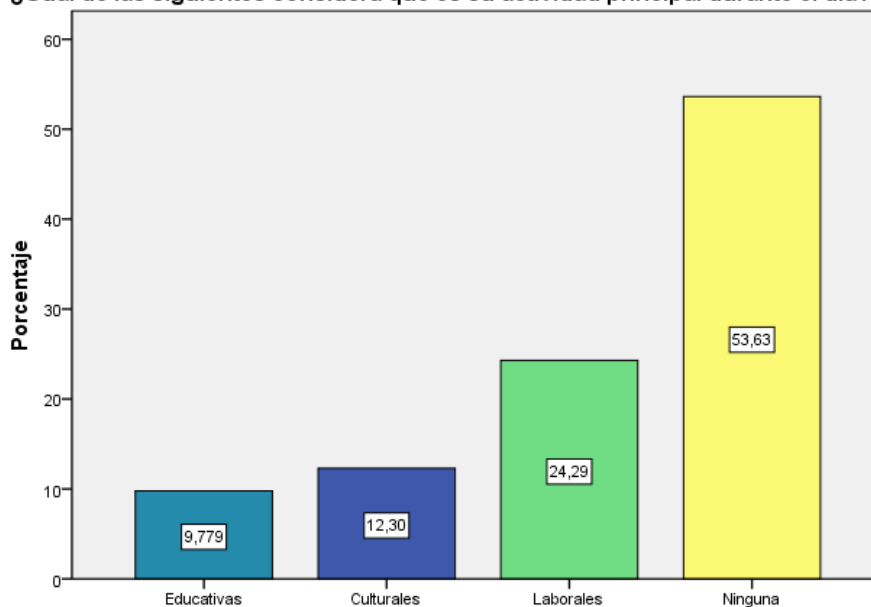


Gráfico 2: Actividad principal

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

Tabla 3: Visitas

¿Recibe visitas en esta prisión?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	166	52,4	52,4	52,4
Válidos No	151	47,6	47,6	100,0
Total	317	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

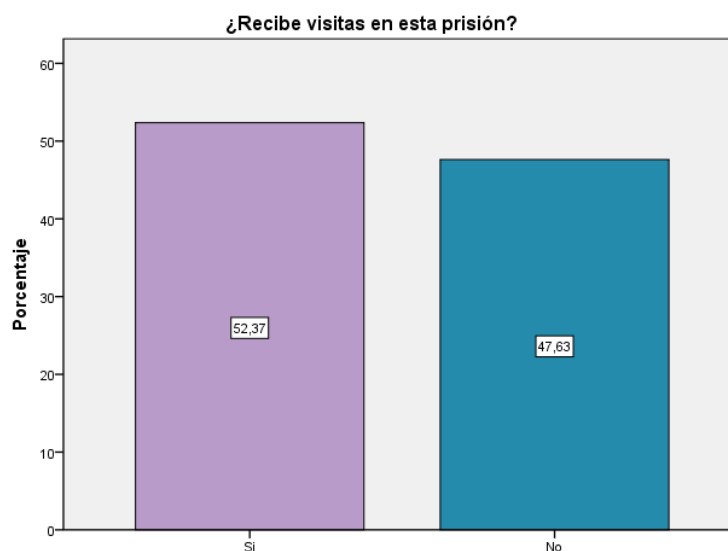


Gráfico 3: Visitas

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

El tamaño de la muestra está conformado por 317 personas privadas de libertad, pertenecientes a la etapa de Mediana Seguridad (Varones) del CRS Cotopaxi, que mayormente se encuentran en un rango entre 48 y 53 años (23.97%). Con respecto a las actividades principales se evidencia que el 53.63% no hace uso efectivo de su tiempo; por otra parte, en el ámbito de visitas se refleja que el 52.37% de privados de libertad gozan del acceso a las mismas.

Para **Añaños, Moreno y Chávez (2016)** el perfil actual de la persona que delinque mayoritariamente está representado por hombres, que han tenido y/o tienen unas trayectorias de vida y situaciones de riesgo y/o conflicto que han aumentado la probabilidad de cometer delitos. Se trata de una serie de factores que se hallan en la persona, en su historia personal-familiar, en el contexto social, en los parámetros socioculturales etc., en los que las desventajas, desigualdades, limitaciones, necesidades y/o problemas sociales, económicos, culturales, educativos, juegan un papel importante. En el caso de los reclusos mayores, se produce una característica que predomina y que debe ser resaltada, al tratarse de un rasgo que determinará su adaptación y diferentes factores de riesgo. Se trata de que tienden a adquirir un modelo pasivo de conducta, es decir, son usuarios que no promueven iniciativas, ni suelen participar en actividades generales. Este colectivo, que pasará inadvertido, en

la mayoría de los casos; no se suelen asociar a conflictos, ni a peleas. Por lo que, este colectivo se vinculará a modelos de convivencia pasivos (**Maschi et al., 2014**).

Le Mesurier (2011) indica que los diferentes programas que desarrollan los centros están diseñados para satisfacer las necesidades de los más jóvenes, lo que significa que los presos mayores sufren discriminación o rechazo por edad. Obviamente, las limitaciones físicas, y sobre todo las cognitivas, implicarán que muchos reclusos no puedan participar en las actividades o las formaciones ofrecidas en los centros penitenciarios, no sólo por sus limitaciones, sino también porque no hay suficientes plazas y lugares adecuados para abarcar a toda la población carcelaria, lo que ha consolidado la desocupación y el ocio.

La importancia del contacto con el exterior sobre todo con la familia, es indispensable para que el interno conciba esta oportunidad como una válvula de escape y logre mantener equilibrio en una vida de encierro, las redes de apoyo y los vínculos emocionales son muy importantes y no se pueden dejar de lado. Los internos que no pueden gozar de su derecho a visitas ya sea por residencias lejanas o rechazo de su propio círculo familiar son más propensos a padecer consecuencias como síndrome amotivacional, baja autoestima, sensación de fracaso, sentimiento de inferioridad, empobrecimiento vital, etc. Si bien no puede decirse que estas consecuencias se den en todos los internos de la misma manera, sí puede afirmarse que muchas de ellas se potencian cuando el interno no comunica con su entorno social y se aísla completamente en la realidad carcelaria. (**Blanco y Tinoco, 2009**)

Cuestionario de Medición de la Calidad de vida en Prisión (MPQL)

El plan de procesamiento de información para la Variable Independiente se realizó mediante el cuestionario MPQL idóneo para plasmar la apreciación que los privados de libertad presentan en materia de calidad de vida. Tomando en cuenta las cinco dimensiones identificadas por Liebling como relevantes para definir la calidad de vida en prisión.

DIMENSIÓN 1: CONVIVENCIA Y CORDIALIDAD

Tabla 4: Dimensión convivencia y cordialidad

Media		52,5899
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	51,9143
	Límite superior	53,2655
Mediana		52,0000
Mínimo		31,00
Máximo		69,00
Rango		38,00

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taípe Alexandra, 2019

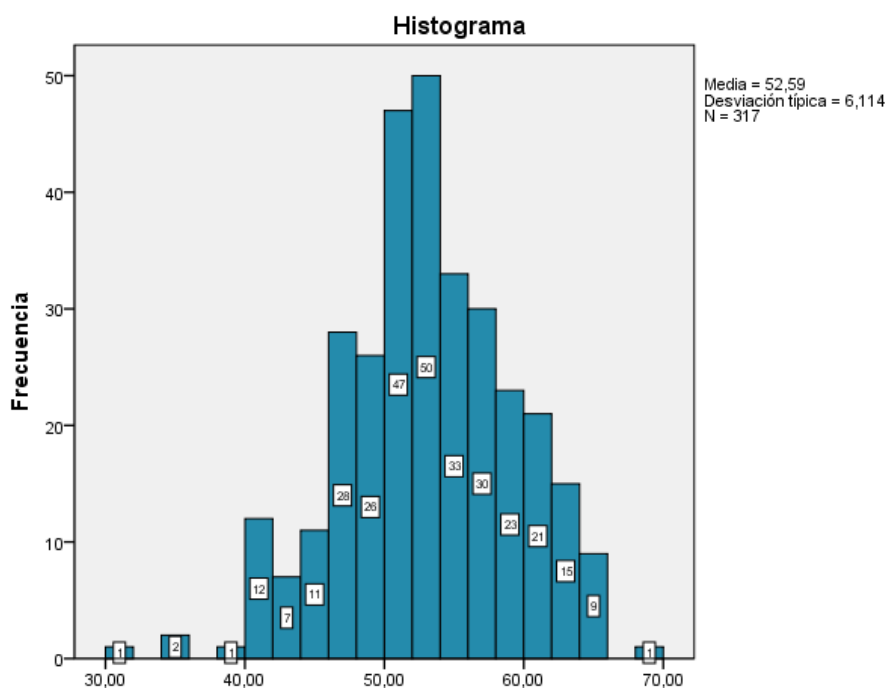


Gráfico 4: Dimensión 1

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taípe Alexandra, 2019

Análisis

La convivencia tiene una tendencia de media igual a 52,5899 (que varía en un intervalo que va de 51,9143 a 53,2655) y mediana de 52,0000. Con un rango de 38, con valor máximo de 69 y mínimo de 31.

Interpretación

La percepción de los internos es que la convivencia y cordialidad dentro la prisión es regular, debido a la poca comunicación que pueden mantener con el personal del centro; el quebranto sistemático de los derechos fundamentales de los internos, así como la ineficaz atención del equipo multidisciplinario alteran su estado anímico y por lo tanto genera irritabilidad, aislamiento y sensación de inferioridad. La convivencia entre internos se ve afectada por la sobrepoblación, la incomodidad de las celdas, la violencia y los escasos recursos básicos como el servicio higiénico, el suministro de agua, víveres y útiles de uso personal; quienes tienen mayor acceso a estos recursos ven la oportunidad de negociarlos con los menos afortunados y propicia un ambiente de inequidad.

DIMENSIÓN 2: PROFESIONALIDAD Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

Tabla 5: Dimensión profesionalidad y funcionamiento del centro

Media		29,7918
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	29,2801
	Límite superior	30,3034
Mediana		30,0000
Mínimo		16,00
Máximo		41,00
Rango		25,00

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

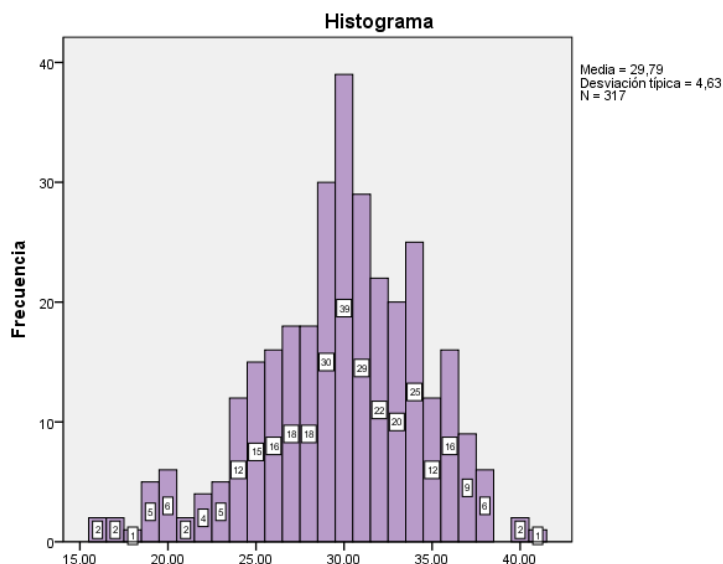


Gráfico 5: Dimensión 2

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipei Alexandra, 2019

Análisis

La profesionalidad y funcionamiento del centro tiene una tendencia de media igual a 29,7918 (que varía en un intervalo que va de 29,2801 a 30,3034) y mediana de 30,0000. Con un rango de 25, con valor máximo de 41 y mínimo de 16.

Interpretación

La percepción de los internos es que la profesionalidad y funcionamiento de la prisión es regular, los malos tratos, las sanciones radicales y el irrespeto de las reglas por parte del personal de vigilancia repercuten en el equilibrio de los internos, la burocracia es un mal que afecta mucho a quienes desean acceder a beneficios como prelibertad o rebaja de sentencia, incluso procesos tan simples como un cambio de celda requieren semanas para ser atendidos.

DIMENSIÓN 3: SEGURIDAD

Tabla 6: Seguridad

Media		-8,5773
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	-8,9775
	Límite superior	-8,1770

Mediana	-9,0000
Mínimo	-17,00
Máximo	1,00
Rango	18,00

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Taípe Alexandra, 2019

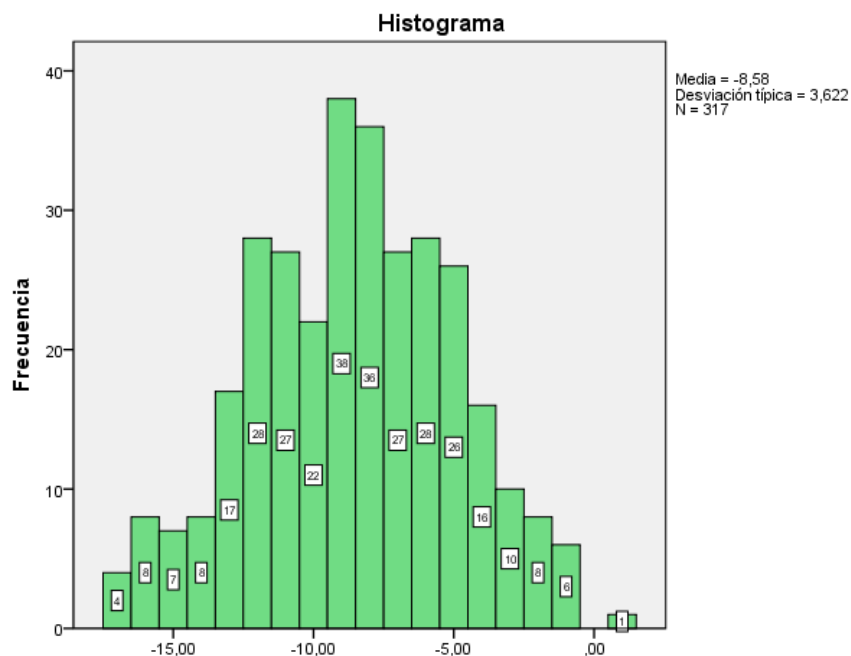


Gráfico 6: Dimensión 3
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Taípe Alexandra, 2019

Análisis

La seguridad del centro tiene una tendencia de media igual a -8,5773 (que varía en un intervalo que va de -8,9775 a -8,1770) y mediana de -9,0000. Con un rango de 18, con valor máximo de 1 y mínimo de -17.

Interpretación

La percepción de los internos acerca de la seguridad dentro la prisión es mala. La seguridad personal es un aspecto verdaderamente lamentable, el ingreso ilícito de sustancias y objetos prohibidos, así como la fabricación artesanal de armas es algo que se ha vuelto muy común dentro de algunos recintos carcelarios en el país, miembros rivales de pandillas en disputa por el poder, el control, el cobro de deudas

y ajuste de cuentas propician altercados que han resultados en muertes violentas. Por lo que el gobierno ha declarado al sistema penitenciario en estado de excepción.

DIMENSIÓN 4: CONDICIONES OBJETIVAS DE VIDA Y CONTACTO CON EL EXTERIOR.

Tabla 7: Condiciones objetivas de vida y contacto con el exterior

Media	5,4290	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	5,2329
	Límite superior	5,6252
Mediana	5,0000	
Mínimo	2,00	
Máximo	10,00	
Rango	8,00	

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

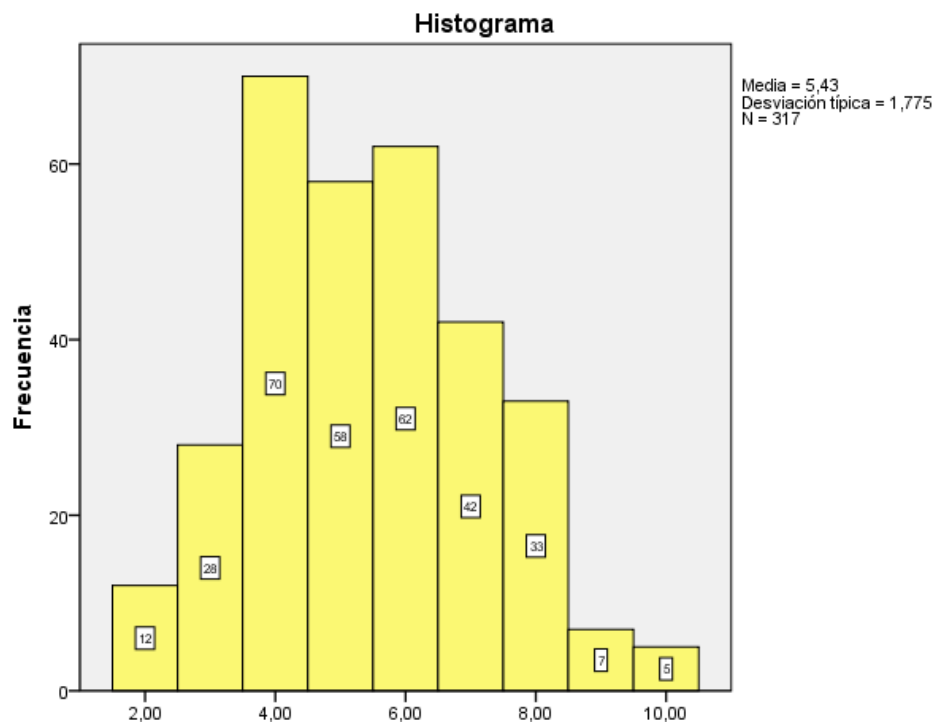


Gráfico 7: Dimensión 4

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

Análisis

La dimensión condiciones objetivas de vida y contacto con el exterior tiene una tendencia de media igual a 5,4290 (que varía en un intervalo que va de 5,2329 a 5,6252) y mediana de 5,0000. Con un rango de 8, con valor máximo de 10 y mínimo de 2.

Interpretación

La percepción de los internos acerca de esta dimensión es regular. Las condiciones de vida de los internos son lamentables, la insalubridad, la saturación de espacios y la falta de atención medica propician el ataque de enfermedades graves como la tuberculosis, el VIH y la insuficiencia renal. En cuanto al contacto con el exterior es un derecho que es vulnerado por la falla del sistema de visitas.

DIMENSIÓN 5: BIENESTAR Y DESARROLLO PERSONAL

Tabla 8: Bienestar y desarrollo personal

Media		-13,2808
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	-13,7664
	Límite superior	-12,7951
Mediana		-13,0000
Mínimo		-24,00
Máximo		-4,00
Rango		20,00

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

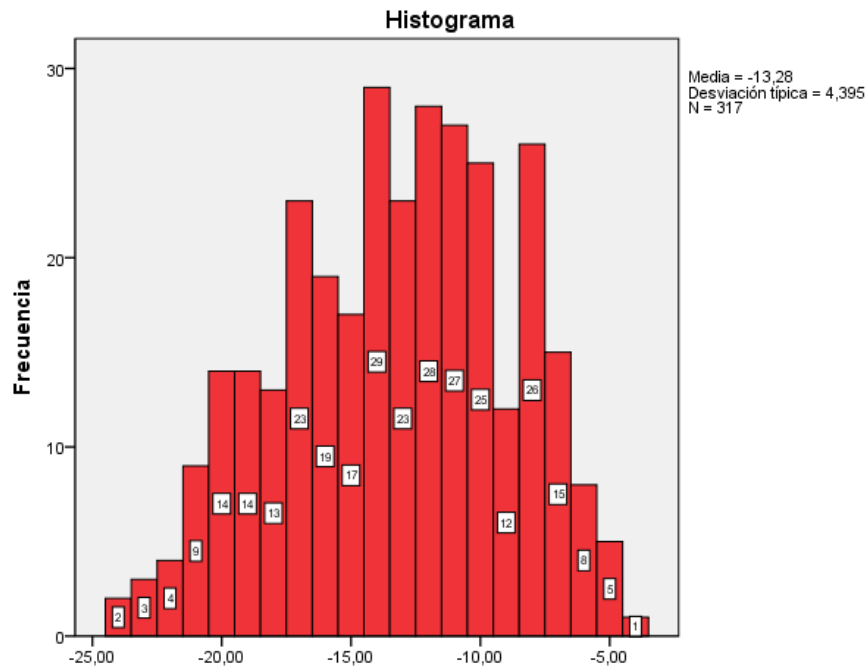


Gráfico 8: Dimensión 5
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Taípe Alexandra, 2019

Análisis

La dimensión bienestar y desarrollo personal tiene una tendencia de media igual a -13,2808 (que varía en un intervalo que va de -13,7664 a -12,7951) y mediana de -13,0000. Con un rango de 20, con valor máximo de -4 y mínimo de -24.

Interpretación

La percepción de los internos acerca del bienestar y desarrollo personal dentro la prisión es regular. El poco aprovechamiento del tiempo impide mantener la mente ocupada, el desarrollo de destrezas se ve limitado a pequeños espacios que los propios internos organizan dentro de los pabellones. La experiencia de estar en prisión es estresante y afecta directamente al estado de bienestar con uno mismo y con los demás.

Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-

Es un cuestionario autoadministrado dividido en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión Grave). Como instrumento sugerido para detectar problemas con la salud mental la puntuación (GHQ) se realiza asignando valores 0, 0, 1, 1 a las opciones de respuestas.

SUBESCALA A: SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Tabla 9: Síntomas somáticos

Media		2,3502
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,1600
	Límite superior	2,5404
Mediana		2,0000
Mínimo		,00
Máximo		7,00
Rango		7,00

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

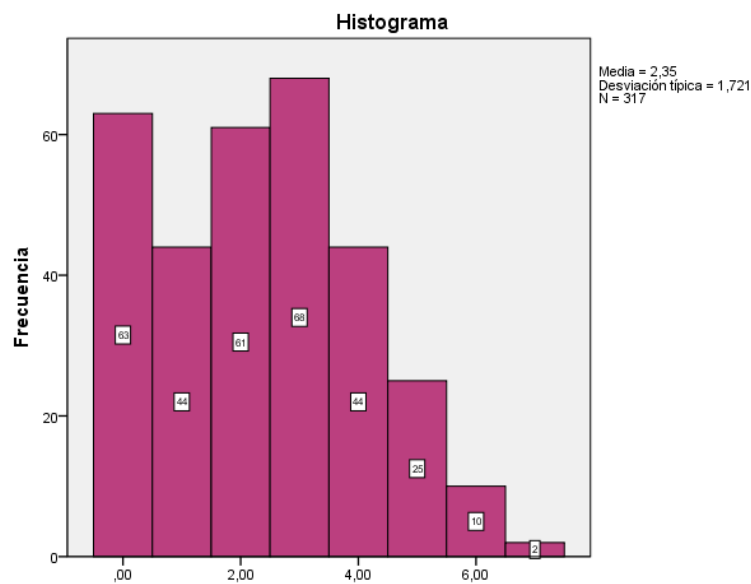


Gráfico 9: Síntomas Somáticos

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

Análisis

La subescala síntomas somáticos tiene una tendencia de media igual a 2,3502 (que varía en un intervalo que va de 2,1600 a 2,5404) y mediana de 2,0000. Con un rango de 7, con valor máximo de 7 y mínimo de 0.

Interpretación

Los síntomas somáticos se caracterizan por múltiples señales físicas constantes que están asociados con pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos e inadaptados relacionados con esos síntomas, estos no se producen intencionadamente y pueden acompañar o no a una enfermedad médica conocida (**Dimsdale, 2018**). Evidentemente la vida en prisión provoca estados críticos a nivel emocional, físico y psicológico en la persona, esto se manifiesta por medio de signos y síntomas (como dolores o procesos anómalos en el organismo) que, aunque no estén directamente relacionados con una enfermedad grave se tornan una dificultad significativa en la adaptación del sujeto.

SUBESCALA B: ANSIEDAD E INSOMNIO

Tabla 10: Ansiedad e insomnio

Media		3,1798
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,9498
	Límite superior	3,4098
Mediana		3,0000
Mínimo		,00
Máximo		7,00
Rango		7,00

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

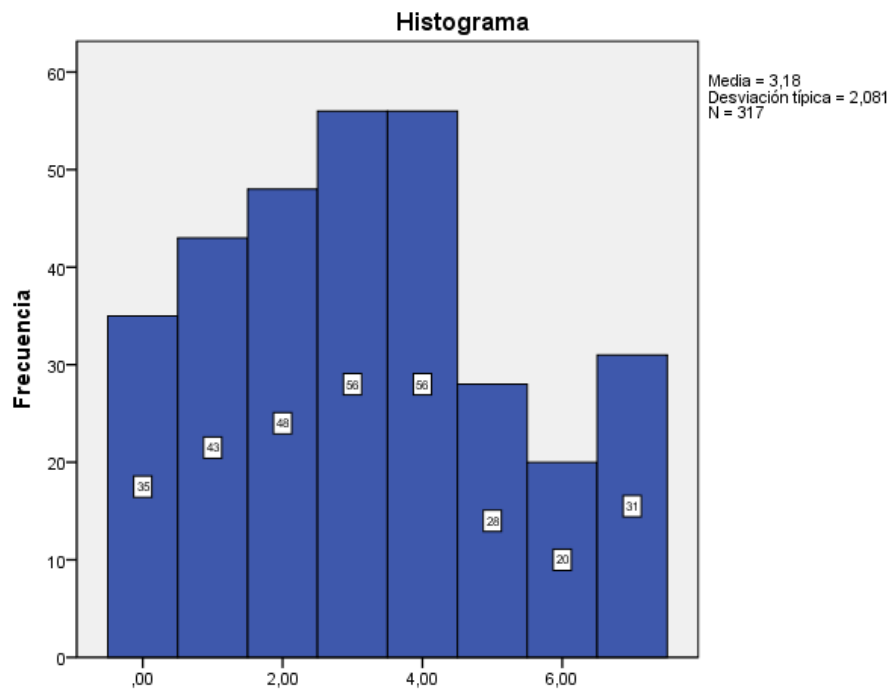


Gráfico 10: Ansiedad e insomnio
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

Análisis

La subescala ansiedad e insomnio tiene una tendencia de media igual a 3,1798 (que varía en un intervalo que va de 2,9498 a 3,4098) y mediana de 3,0000. Con un rango de 7, con valor máximo de 7 y mínimo de 0.

Interpretación

Como mencionan **Montgomery y Rovillon (1992)**, la ansiedad no se pondrá de manifiesto mientras el individuo reprima el ego de inestabilidad que mantiene inconscientemente como fuerzas internas inactivas, de manera que cualquier estímulo capaz de ocasionar ruptura del equilibrio, traerá como consecuencia una transformación en su forma de conducta social, inclusive podría desencadenar una conducta criminal y antisocial. Las conductas que normalmente se ven en prisión están motivadas por estados de desequilibrio de los sujetos, la vida de encierro y las limitaciones son aspectos que afectan al desarrollo psicosocial y no contribuyen con la rehabilitación.

SUBESCALA C: DISFUNCIÓN SOCIAL

Tabla 11: Disfunción social

Media	2,2177	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,9965
	Límite superior	2,4389
Mediana	2,0000	
Mínimo	,00	
Máximo	7,00	
Rango	7,00	

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

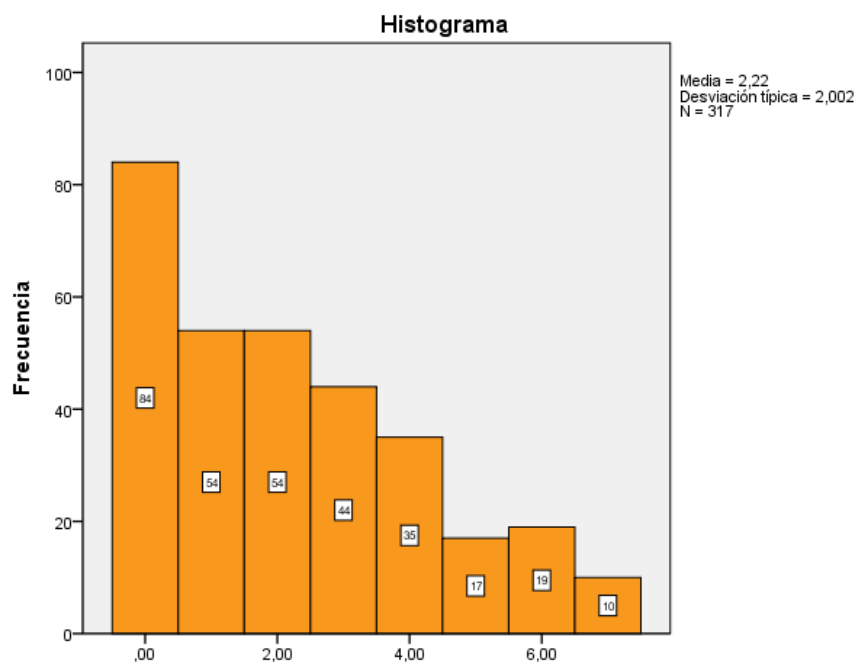


Gráfico 11: Disfunción social

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

Análisis

La subescala disfunción social tiene una tendencia de media igual a 2,2177 (que varía en un intervalo que va de 1,9965 a 2,4389) y mediana de 2,0000. Con un rango de 7, con valor máximo de 7 y mínimo de 0.

Interpretación

Como afirman **Jiménez y Amelang (2015)** la experiencia de la cárcel como institución total no deja indiferente a nadie. Entre los distintos efectos adversos para el individuo que tienen lugar en una institución total como la prisión se incluyen la deshumanización, desculturación, manipulación del «yo», alta tensión psíquica, estado de dependencia y estigmatización, entre otras. Esto se manifiesta en situaciones conflictivas personales y sociales, de repercusiones en general que definitivamente deterioran la calidad de vida de los internos, el sentimiento de aislamiento, incomunicación con el exterior, rechazo y despersonalización, que influyen determinadamente en el pensar, sentir y actuar de la persona.

SUBESCALA D: DEPRESIÓN GRAVE

Tabla 12: Depresión

Media		1,5110
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,2951
	Límite superior	1,7270
Mediana		1,0000
Mínimo		,00
Máximo		7,00
Rango		7,00

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

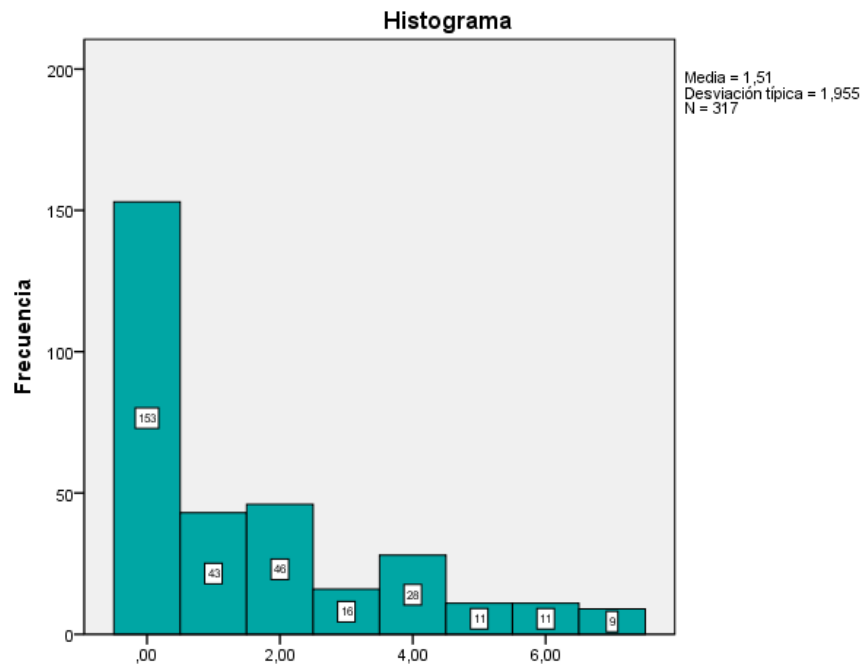


Gráfico 12: Depresión
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

Análisis

La subescala depresión grave tiene una tendencia de media igual a 1,5110 (que varía en un intervalo que va de 1,2951 a 1,7270) y mediana de 1,0000. Con un rango de 7, con valor máximo de 7 y mínimo de 0.

Interpretación

En el origen de la depresión incluyen factores genéticos, biológicos, psicosociales y espirituales. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida (**Moreno, 2012**). La vida en prisión puede desencadenar trastornos que conllevan a medidas extremas como el aislamiento, autolesiones y pensamientos suicidas.

RESULTADO FINAL DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG GHQ28

El patrón de calificación propuesta por Goldberg utiliza tres niveles: normal, intermedio y nocivo, cada uno con una puntuación que fluctúa entre 0 y 7, siendo 0 la calificación más baja y 7 la más alta. El nivel con mayor calificación es el más representativo e influyente en el estado de salud mental del individuo. Estos niveles se distribuyen de la siguiente forma:

Tabla 13: Niveles de calificación GHQ28

NIVEL	PUNTUACIÓN
Normal	0 - 1
Intermedio	2 - 4
Nocivo	5 - 7

Fuente: (Calvo, 2013)

Elaborado por: Taipei Alexandra, 2019

Por medio de la aplicación de la encuesta se ha determinado que la subescala con más puntaje es ANSIEDAD E INSOMNIO, con una media de 3,1798; lo que significa que salud mental de las personas privadas de libertad de la etapa de mediana seguridad del CRS Cotopaxi está siendo afectada por factores ligados a la ansiedad como agobio, tensión, preocupaciones, sensación de pánico, nervios y una concurrente dificultad para dormir.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una parte importante de las personas que ingresan en un centro penitenciario es que lo hacen debido a un comportamiento socialmente inadaptado, en algunos casos como manifestación de un proceso patológico que los ha llevado a entrar en conflicto con la ley. En la prisión encontrarán un ambiente caracterizado por el aislamiento afectivo, la vigilancia permanente, la falta de intimidad, la rutina, las frustraciones reiteradas y una nueva escala de valores que condiciona unas relaciones interpersonales basadas en la desconfianza y la agresividad. Todos estos factores someten al recluso a una sobrecarga emocional que facilitará la aparición de desajustes en su conducta en el mejor de los casos, cuando no la manifestación de comportamientos francamente patológicos, sobre todo si previamente había ya una personalidad desequilibrada, en el momento de la entrada en prisión. **(Arroyo y Ortega, 2009)**

La investigación se llevó a cabo con personas privadas de libertad, en base a un proceso de recolección de información, con enfoque cuantitativo, obteniendo los datos primarios mediante el estudio de campo a través de la aplicación de una encuesta estructurada a partir de la fusión de dos instrumentos, el primero de la variable independiente calidad de vida con el Cuestionario de Medición de la Calidad de vida en Prisión (MPQL) de Alison Liebling (2004), y el segundo Cuestionario de Salud General de Goldberg Ghq28 para la variable dependiente; fundamentándose en los datos secundarios por medio de las revisiones de los estudios y literatura existente sobre la situación problemática como investigaciones previas y datos estadísticos existentes basados en métodos Analítico-Sintético, Hipotético-Deductivo, Inductivo-Deductivo. Se realiza con una población de 317 personas privadas de libertad pertenecientes a la etapa de Mediana Seguridad (Varones) del CRS Cotopaxi, que mayormente se encuentran en un rango entre 48 y 53 años (23.97%). Con respecto a las actividades principales se evidencia que el 53.63% no hace uso efectivo de su tiempo; por otra parte, en el ámbito de visitas se refleja que el 52.37% de privados de libertad gozan del acceso a las mismas.

El Cuestionario de Medición de la Calidad de vida en Prisión (MPQL) de Alison Liebling (2004) permitió determinar los factores que priman en la percepción de la calidad de vida en prisión, presentando los siguientes resultados: la percepción de los internos en términos de convivencia y cordialidad dentro la prisión es regular, esto se debe principalmente a falencias en la aplicación de políticas tratamentales que inciden directamente en los aspectos psicosociales de los internos y sus conductas delictivas. Frente a esta situación en varios centros penitenciarios se ha incentivado la implementación de módulos de respeto que según **Khaled y Gijón** (2017) cumplen tres objetivos: posibilitar la participación y la organización, implicar y responsabilizar a los internos en la realización de las tareas, fomentar el diálogo y la negociación.

La evaluación del interno, debe realizarse de forma diaria (a través de los funcionarios de vigilancia) y semanal (a través del equipo de profesionales encargado del módulo), sirve de base para la toma de decisiones relativas al mismo, su evolución, o servir de soporte de informes para órganos o autoridades administrativos o judiciales. El sistema de evaluación trata de reproducir el modo de funcionamiento de la sociedad general, exigiendo, únicamente, que cada uno cumpla lo que se espera que debe hacer y dentro de los límites que a cualquiera se le podría pedir.

Con respecto a la profesionalidad y funcionamiento de la prisión los internos lo califican como regular, este hecho puede justificarse por medio de lo que afirman **Núñez y Morán** (2016) que pese a la motivación de las y los profesionales de los centros penitenciarios por avanzar hacia un modelo de prisión que oriente el cumplimiento de la pena hacia la reeducación y reinserción social, las personas que integran la comunidad penitenciaria sienten que existen una serie de barreras que dificultan esta tarea. Más allá de las limitaciones asociadas al propio contexto penitenciario, existen una serie de dinámicas disfuncionales de funcionamiento y articulación entre colectivos que dificultan una labor coordinada e integral.

La percepción de los internos acerca de la dimensión condiciones objetivas de vida y contacto con el exterior es regular, el sistema de visitas carece de una buena organización y la dotación de artículos de aseo y cuidado personal es escasa, esto se

debe mayormente al poco presupuesto que el estado puede destinar a los centros penitenciarios. Para **Naranjo (2012)** la primera comunicación con el mundo exterior obligatoria, además de necesaria, es el derecho de visita, que tiene toda persona que se encuentre en un establecimiento penitenciario, esto tiene como finalidad, el fortalecimiento de los lazos afectivos, además de iniciar una etapa progresiva de reintegración a su mundo real. Por otra parte, **Bejarano, Celedón y Socha, (2015)** mencionan que la protección de las personas que se encuentran recluidas considera diferentes variables como: condiciones de suministro de agua potable, higiene y salubridad, saneamiento básico, suministro de alimentos y prevención de enfermedades. Las condiciones de vida en una prisión constituyen uno de los factores primordiales para determinar el sentimiento de autoestima y dignidad de los reclusos. La calidad de la alimentación que reciben los reclusos, las prendas de vestir que se les permite llevar, el acceso a instalaciones sanitarias, son todos elementos que influyen enormemente en la sensación de bienestar del preso.

Con lo que respecta al bienestar y desarrollo personal dentro la prisión se evidencia que estos son regulares, la situación de encierro y poco respeto por los derechos humanos inciden en el desarrollo personal y las expectativas de vida de los internos. Sobre esto **Gallizo (2011)** menciona que si queremos dotar de eficacia a la política penitenciaria, de modo que el tiempo de estancia en prisión de los internos no sea un tiempo en el que estos se desocialicen más, sino por el contrario, un tiempo en el que quienes están ingresados en un centro penitenciario puedan ampliar sus recursos personales, debemos ayudar a normalizar las pautas de conducta de los reclusos, esto incluye crear una nueva cultura de preparación para la vida en libertad, conseguir que la prisión no ejerza una influencia todavía más negativa sobre las actitudes futuras de quienes pasan por ellas, sino que, al contrario, les ayuden a encontrarse mejor preparados para su reintegración a la sociedad aceptando normas de comportamiento democráticas y normalizadas una vez que hayan cumplido su tiempo de reclusión.

La dimensión de mayor significancia es la seguridad dentro la prisión; esta es calificada como mala, en términos de seguridad personal hay un déficit realmente alarmante, de igual forma con el ingreso de sustancias ilícitas y objetos prohibidos,

como concluye **Gallizo (2007)** el conjunto de medidas de seguridad que hacen posible conseguir que en el interior de los centros cerrados sea posible una buena dirección necesita de medios humanos y técnicos, para impedir la actuación de factores externos, con el fin de menoscabar la seguridad de los Centros Penitenciarios. Uno de los factores externos que, sin duda, influyen notoriamente en la quiebra de la seguridad penitenciaria es la existencia de sustancias tóxicas y armas en el interior de los recintos penitenciarios, a pesar del esfuerzo y control diario de los funcionarios encargados.

Para evaluar la salud mental se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ28, mismo que se interpreta según tres niveles: normal, intermedio y nocivo. Cada subescala se analizó por separado para establecer cuál de las cuatro es la que influye directamente en la declinación de la salud mental de los sujetos pertenecientes a la muestra; obteniendo como resultado que la subescala con más puntaje es ANSIEDAD E INSOMNIO, con una media de 3,1798; lo que significa que salud mental de las personas privadas de libertad de la etapa de mediana seguridad del CRS Cotopaxi está siendo afectada por factores ligados a la ansiedad como agobio, tensión, preocupaciones, sensación de pánico, nervios y una concurrente dificultad para dormir.

Abordando el aspecto cognitivo, **Londoño, Álvarez, López y Posada (2005)** descubren esquemas mal adaptativos en internos, que van dirigidos a la rigidez cognitiva en cuanto a las expectativas sociales, sus necesidades de control y predicción de situaciones, factores que no son compatibles con el ambiente penitenciario y la asimilación de los resultados o el curso de su situación jurídica y la transformación de sus relaciones externas.

La revista News Medical Life Sciences en su artículo “Ansiedad en presos” determina como principales causas de este trastorno a aspectos como:

- **Crimen:** El preso piensa repetitivamente en el crimen que ha cometido y genera preocupación o culpabilidad, llevándolo al estrés mental.
- **Lugar:** Los presos están limitados a un espacio reservado y separados de sus seres amados; este aislamiento hace que se aferren a la idea de la pérdida de libertad, y los activan así en un mundo de la tensión y de la depresión.

- **Gente:** Los demás presos pueden ser de carácter o de comportamiento violento; esto crea el miedo que lleva a la ansiedad.
- **Encarcelamiento prolongado:** Las condiciones psicológicas afectan a las personas que experimentan encarcelamientos continuos, esto aumenta los niveles de riesgo frente a la adquisición de un trastorno de ansiedad.

La pobreza, abuso de sustancia, desocupación, falta de intervención temprana, problemas de conducta y los mismos efectos del encarcelamiento son también factores que desencadenan un trastorno mental entre presos.

Un sueño fragmentado o de duración reducida afecta en gran medida a la capacidad para concentrarse, tomar decisiones, aprender e incluso regular las emociones. Aunque algunos insomnes señalan que acaban acostumbrándose al cansancio, numerosos trabajos de investigación han mostrado que, a largo plazo, la perturbación o reducción crónica del sueño podría tener efectos no solo en el funcionamiento cognitivo, sino también en la salud física y mental (mayor riesgo de sufrir depresión, problemas cardiovasculares, ansiedad o diabetes). **(Dang-Vu y Perraul, 2019)**

En la validación de la hipótesis por la naturaleza de las variables de carácter complejo, se ha establecido un análisis de correlación entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida en prisión, con las de salud mental. Los resultados del cálculo muestran que la dimensión convivencia y cordialidad mantiene una correlación inversa débil con la subescala ansiedad e insomnio, es decir que mientras aspectos como el respeto, la cortesía, la humanidad, dignidad, y cuidado de personas vulnerables sean ejercidos y respetados, los niveles de ansiedad e insomnio disminuirán.

Por otra parte, las condiciones objetivas de vida en prisión mantienen una correlación inversa débil con la ansiedad e insomnio, lo que concluye que mientras los internos tengan acceso a condiciones dignas de vida y disfruten plenamente de su derecho a recibir visitas los síntomas de ansiedad y el insomnio van a reducir y mantendrán equilibrio siempre y cuando este estándar de vida se mantenga.

Finalmente, la dimensión condiciones objetivas de vida demuestra una correlación directa débil con la subescala disfunción social, lo que significa que mientras los

privados de libertad conserven un estatus de vida compasivo la disfunción social aumentará, debido a que se generaría un ambiente conformista e incluso injusto, los internos con menores posibilidades se verían en desventaja frente a aquellos con mayor poder adquisitivo, lo que podría generar rechazo social.

3.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

3.2.1. Diseño del proceso de validación

Debido a la naturaleza compleja de las dos variables, se ha establecido un análisis de correlación entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida en prisión, con las de salud mental.

3.2.2. Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 = No hay correlación entre la calidad de vida y la salud mental de las Personas privadas de libertad de etapa de Mediana Seguridad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.

H_1 = Hay correlación entre la calidad de vida y la salud mental de las Personas privadas de libertad de etapa de Mediana Seguridad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.

3.2.3. Nivel de significancia

Se ha escogido un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0,05$).

3.2.4. Estadístico para la prueba de hipótesis

La selección de la prueba estadística adecuada para la prueba de hipótesis se fundamenta en los siguientes aspectos:

- **Normalidad:** No aplica debido a la naturaleza cualitativa de los datos.
- **Tipo de datos:** Los datos son de tipo escalar, no normales, por lo tanto, se requiere una prueba no paramétrica.
- **Tamaño de la muestra:** Se ha trabajado con una muestra grande de un tamaño igual a 317.
- **Tipo de muestreo:** El trabajo de campo se diseñó con el fin de relacionar dos variables medidas con instrumentos y escalas diferentes.
- **Método:** El método adecuado para los datos de la presente investigación es la Correlación de Spearman.

3.2.5. Regla de decisión

- Se valida H_0 si el valor de prueba (sig. Bilateral) es mayor al nivel de significancia.

$$H_0: P_{valor} > \alpha$$

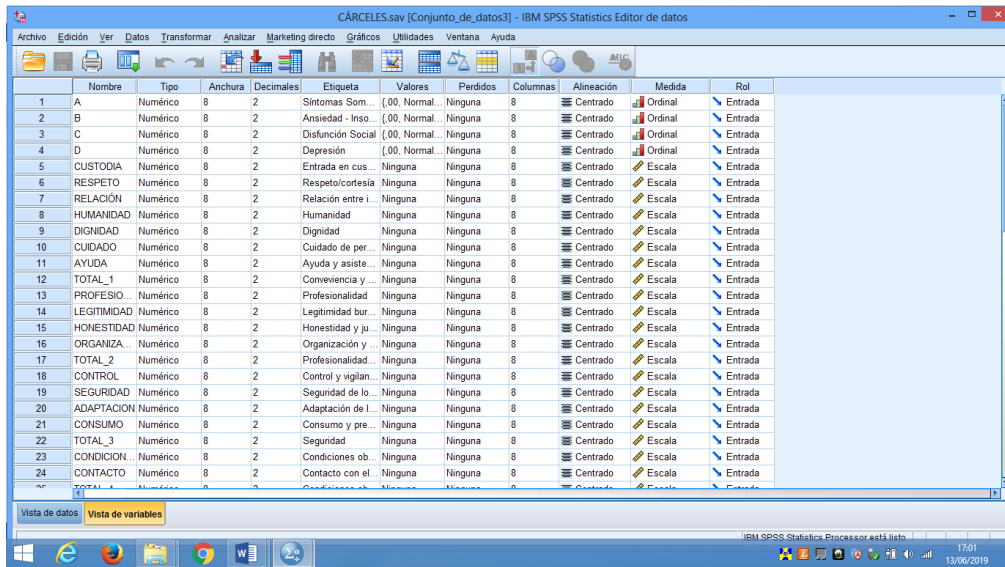
- Se valida H_1 si el valor de prueba (sig. Bilateral) es menor o igual al nivel de significancia.

$$H_0: P_{valor} \leq \alpha$$

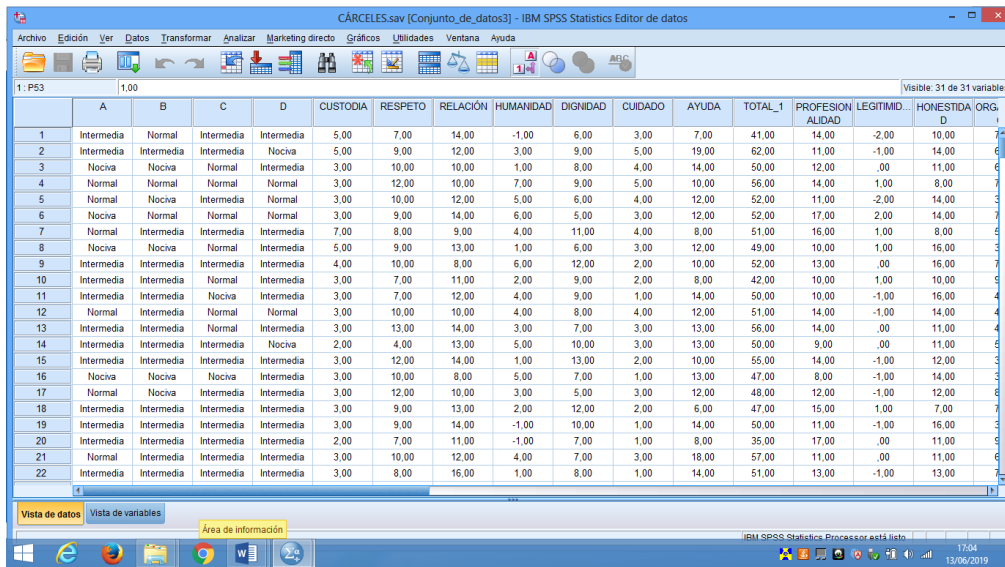
3.2.6. Cálculo

Con la base de datos en SPSS creada para la prueba de normalidad, se realiza el cálculo como se muestra a continuación:

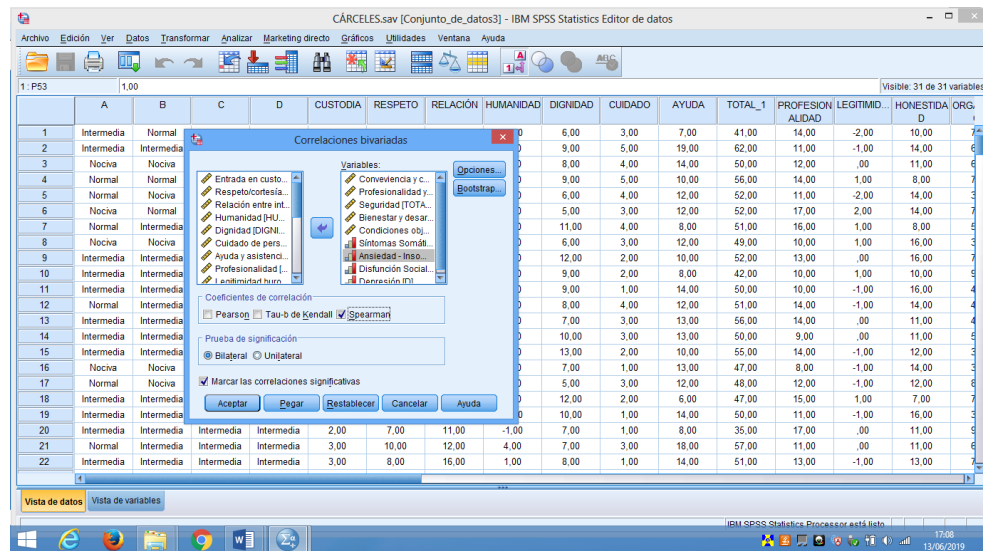
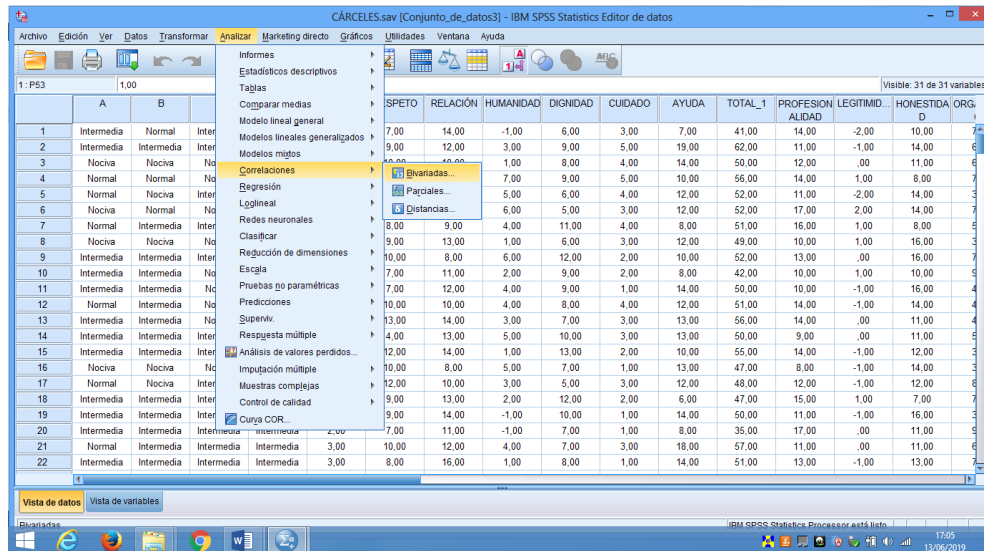
1.1. Crear las variables para unificar los dos cuestionarios



1.2. Subir los resultados a la base de datos, que unifica las 2 variables



1.3. Calcular la correlación entre las dimensiones de ambas variables:



1.4.Resultados:

Tabla 14: Tabla de correlaciones

Correlaciones						
			Síntomas Somáticos	Ansiedad - Insomnio	Disfunción Social	Depresión
Rho de Spearman	Convivencia y cordialidad	Coefficiente de correlación	,059	-,171**	,045	,033

		Sig. (bilateral)	,292	,002	,423	,563
		N	317	317	317	317
Profesionalidad y funcionamiento del centro		Coefficiente de correlación	,046	-,011	-,055	-,019
		Sig. (bilateral)	,418	,849	,332	,739
		N	317	317	317	317
		Coefficiente de correlación	-,007	-,025	,053	,112*
Seguridad		Sig. (bilateral)	,906	,661	,343	,046
		N	317	317	317	317
		Coefficiente de correlación	,032	-,123*	,115*	-,028
		Sig. (bilateral)	,568	,029	,042	,623
Condiciones objetivas de vida		N	317	317	317	317
		Coefficiente de correlación	-,037	-,031	-,008	-,013
		Sig. (bilateral)	,514	,587	,885	,824
		N	317	317	317	317
Bienestar y desarrollo personal		Coefficiente de correlación	-,037	-,031	-,008	-,013
		Sig. (bilateral)	,514	,587	,885	,824
		N	317	317	317	317
		Coefficiente de correlación	-,037	-,031	-,008	-,013

Fuente: encuestas

Elaborado por: Taipe Alexandra, 2019

2. Decisión

Los resultados del cálculo muestran que el valor de prueba es menor al nivel de significancia ($\alpha = 0,05$) entre las correlaciones de:

- Convivencia y cordialidad con ansiedad e insomnio. La correlación tiene una fuerza de $-0,171$; es decir, es una correlación inversa débil.
- Condiciones objetivas de vida con ansiedad e insomnio: La correlación tiene una fuerza de $-0,123$; es decir, es una correlación inversa débil.

- Condiciones objetivas de vida con disfunción social: La correlación tiene una fuerza de 0,115; es decir, es una correlación directa débil.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Mediante la validación de la hipótesis en la investigación se establece que existe correlación entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida en prisión, con las de salud mental, específicamente: convivencia y cordialidad con ansiedad e insomnio, condiciones objetivas de vida con ansiedad e insomnio y condiciones objetivas de vida con disfunción social, lo que demuestra un déficit en las políticas tratamentales, de rehabilitación y organizativas dentro del centro de rehabilitación social.
- Los factores asociados a la calidad de vida son los siguientes: convivencia y cordialidad, profesionalidad y funcionamiento del centro, seguridad, condiciones objetivas de vida y contacto con el exterior, y bienestar y desarrollo personal, de los cuales el más trascendente para las personas privadas de libertad de la etapa de Mediana Seguridad del CRS Cotopaxi es la seguridad, pues como se demuestra en los cálculos estadísticos cuenta con resultados más elevados a las medidas de tendencia central, identificándole como el factor determinante en la calidad de vida en prisión.
- Como resultado de la aplicación del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ28 se determina que la salud mental de los internos de la etapa de Mediana Seguridad del CRS Cotopaxi está siendo afectada principalmente por trastornos como la ansiedad e insomnio pues se afirma la presencia de signos y síntomas como agobio, tensión, preocupación, sensación de pánico, nervios y una concurrente dificultad para dormir.
- Los procesos de rehabilitación social, reeducación y reintegración a la sociedad se ven truncados por una lamentable realidad que se manifiesta en forma de

- escasas, abusos, irrespeto por los derechos humanos y la limitada participación de un equipo multidisciplinario que aborde las problemáticas de la vida en prisión.

4.2. Recomendaciones

- Se recomienda la implementación de una política institucional responsable que aborde las principales problemáticas del Centro de Rehabilitación Social Sierra Centro Norte Cotopaxi, haciendo hincapié en aspectos como la seguridad, el respeto por los derechos humano, las necesidades y la intervención de un equipo multidisciplinario capacitado, proactivo y con calidad humana.
- Establecer estrategias de acompañamiento individual psicosocial, psiquiátrico y espiritual tomando en cuenta los aspectos biopsicosociales y transpersonales de los internos.
- Optimizar las redes de apoyo en actividades laborales, culturales, educativas y religiosas a fin de que se pueda lograr un contexto de equidad e igualdad de oportunidades, además de garantizar una rehabilitación integral basada en un buen uso del tiempo de ocio, la reeducación, motivación y explotación de capacidades y aptitudes, lo que permita al individuo reintegrarse a la sociedad como un ser competente y en capacidad de ejercer un papel activo en la sociedad.
- Capacitar a los miembros del personal en aptitudes relacionales básicas, incluyendo comunicación efectiva, desarrollo de relaciones respetuosas y humanas y mediación de conflictos que contribuyan a la búsqueda de medidas prácticas para abordar las crisis presentes en el sistema de justicia.

MATERIALES DE REFERENCIA

1. Añaños, F., Moreno, L. L., & Chávez, M. (2016). Educación y reinserción de los jóvenes en prisión. *Revista de educación social*. Obtenido de <http://www.eduso.net/res/22/articulo/educacion-y-reinsercion-de-los-jovenes-en-prision-education-and-rehabilitation-of-young-people-in-prison>
2. Arias, N. D. (2012). *Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil*. Recuperado el Abril 09, 2018, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6493/2/TESIS%20DINAMICA%20FAMILIAR%20OFICIAL.pdf>
3. Arroyo Tello, M. (2014). *Repositorio de Educación Superior*. Recuperado el Abril 16, 2018, de Senescyt: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/1527/1/T-SENECYT-00659.pdf>
4. Arroyo, J. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000300005
5. Arroyo, j., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorción del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v11n1/en_02_original_1.pdf
6. Arroyo, J., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v11n1/en_02_original_1.pdf
7. Asociación Americana de Psiquiatria. (2013). *DSM-5* (Quinta ed.). Arlington. Obtenido de <http://blancopeck.net/DSM-V%20Espanol.pdf>
8. Baena, G. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Grupo Editorial Patria.
9. Barg, L. (2006). *Lo interdisciplinario en salud mental. niños, adolescentes su familia y la comunidad*. Buenos Aires: Espacio.

10. Bascón, M., & Vargas, V. (2016). Salud mental en reclusos. Un análisis pre-post Intervención Psicosocial con grupo control de comparación. *Anales de psicología*.
11. Bascón, M., & Vargas, V. (2016). Salud mental en reclusos. Un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación. *SCIELO*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000200009
12. Bejarano, J., Celedón, C., & Socha, L. (2015). Alimentación penitenciaria: entre higiene y derechos. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a21.pdf>
13. Bergman, M., Siano, J., & Arias, C. (2015). *Condiciones de vida en la cárcel: Resultados de la encuesta de detenidos condenados*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Tres de Febrero. Obtenido de <http://www.pensamientopenal.com.ar/miscelaneas/45861-condiciones-vida-carcel-resultados-encuesta-detenidos-condenados>
14. Blanco, C., & Tinoco, A. (2009). Prisión y resocialización. *Difusión Jurídica*. Obtenido de <https://www.marcialpons.es/libros/prision-y-resocializacion/9788492656523/>
15. Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Scielo*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010
16. Cabrera, D., Vallejos, A., Jaimes, L., & Ruiz, A. (2008). Trastornos somatomorfos. *Facultad Medica UNAM*, 148. Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/14716>
17. Calvopiña Armas, D. X., & López Milan, F. (2014). *Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador*. Recuperado el Diciembre 11, 2018, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3193/1/T-UCE-0009-250.pdf>
18. Carrión, F. (2007). *Ciudad Segura debates sobre seguridad ciudadana*. Quito: Crearimagen.

19. Coyle, A. (2002). A Human Rights Approach to Prison Management: Handbook for Prison Staff. *International Centre for Prison Studies*, 58. Obtenido de http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook_2nd_ed_eng_8.pdf
20. Dang-Vu, T., & Perraul, A. (2019, Mayo 17). *infobae*. Obtenido de <https://www.infobae.com/america/tendencias-america/2019/05/17/el-insomnio-es-una-desgracia-que-soluciones-propone-la-ciencia/>
21. Diario La Hora. (2018, Octubre 01). La Cárcel regional de Cotopaxi con 5.100 internos. *Diario La Hora*. Obtenido de <https://www.lahora.com.ec/cotopaxi/noticia/1102190034/la-carcel-regional-de-cotopaxi-con-5100-internos>
22. Diaz, F. (2010). *Técnicas de elaboración de tesis*. Ambato: UTA.
23. Diener, E., & Fujita, F. (1995). resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of personality and social psychology*, 926-935. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7776188>
24. Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*, 276-302. Obtenido de <https://media.rickhanson.net/Papers/SubjectiveWell-BeingDiener.pdf>
25. Dimsdale, J. (2018). *Manual MSD Versión para profesionales*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos-y-relacionados/trastorno-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos>
26. Donoso Díaz, M., & Saldías, P. (1999). *Repositorio de la Universidad de Costa Rica*. Recuperado el Enero 10, 2019, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-059.pdf>
27. Echeverri, J. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando Psicología*, 157-166. Obtenido de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/375>
28. El Telégrafo. (2018, Noviembre 05). De los 36.500 privados de la libertad, el 30% no tiene sentencia. Usar el dispositivo electrónico aliviaría la sobrepoblación. *Diario El Telégrafo*. Obtenido de

<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/12/prision-preventiva-una-de-las-causas-del-hacinamiento-carcelario>

29. Escaff, E., Estévez, M., Feliú, M., & Torrealba, C. (2013). Consecuencias psicosociales en la privación e la libertad en imputados inocentes. *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-31082013000300007&script=sci_abstract&tlng=es
30. Forattini, O. (1991). Calidad de vida en el medio urbano. *Scielo*, 75-86. Obtenido de <http://revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/70/453>
31. Gallizo, M. (2007, Enero 30). *derechopenitenciario.com*. Obtenido de <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=3383>
32. Gallizo, M. (2011). *Fundacion espacios para el respeto*. Obtenido de <http://respetofundacion.org/modulos-respeto-modulos-penitenciarios-para-la-mejora-de-la-convivencia/>
33. García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, 18-39. Obtenido de http://escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num6/escritospsicologia6_analisis1.pdf
34. Gonzáles, I. (2012). la carcel de españa: mediciones y condiciones del encarcelamiento en el siglo XXI. *Revista de derecho penal y criminología* .
35. Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. (2014). *ABECE sobre salud mental, sus trastornos y estigma*. Bogotá: Ministerio de salud y proteccion social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
36. Guzmán Martínez, G. (2018, Agosto 28). *Psicología y Mente*. Recuperado el Enero 5, 2019, de <https://psicologiaymente.com/desarrollo/adolescencia-media>
37. Guzmán, R. (2001). Trastorno por somatización: su abordaje en atencion primaria. *Revista clinica de medicina familiar*, 1. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300009

38. Guzmán, R., & Pacheco, M. C. (2014, Enero-Julio). *Zona Próxima*. Recuperado el Octubre 23, 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85331022008>
39. Hernández, J., & Mejía, L. (2010). Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* , 132-140.
40. Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.
41. Hernández, R., Fernández, C., & Batiptas, P. (2010). *Metología de la Investigación*. Iztalapa, México D.F.: Mc.Graw-Hill Interamericana.
42. Jiménez , T., Murgui, S., Estévez, E., & Musitu, G. (2007). Comunicación Familiar y Comportamientos Delictivos en Adolescentes Españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 473-485.
43. Jiménez, P., & Amelang, D. (2015). *Red Jurídica*. Obtenido de <https://red-juridica.com/aislamiento-penitenciario-tortura/>
44. Khaled, M., & Gijón, J. (2017, Marzo). *Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA)*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/319748282_MODULOS_DE_RES_PETO_Y_PREVENCION_DE_VIOLENCIA_EN_CENTROS_PENITENCIARIOS_PERCEPCIONES_DE_PROFESIONALES_E_INTERNOS
45. Lewin, K. (1997). *Field Theory in Social Science*. London: Harper and Row.
46. Liebling, A., & Arnold, H. (2004). *Prisons and Their Moral Performance: A Study of Values*. Oxford: Oxford University Press.
47. Liebling, A., & Crewe, B. (2011). Conceptualising and measuring the quality of life. *The SAGE Handbook of Criminological Research Methods*, 358-372. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-017-1596-2>
48. Londoño, N., Álvarez, C., PLópez, & Posada, S. (2005). Distorciones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*, 123-136. Obtenido de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1676>
49. López, J., & Vela, A. (2009). *Evaluacion psicológica Forense*. Salamanca: Amarú.

50. Martí, M. (2017). Estudio de la calidad de vida en prisión. *Revista para el análisis del derecho InDret*.
51. Martínez, M., & López, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 107-107. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70643>
52. Mesurier, N. L. (2011). *apoyo para las personas mayores en prisión: ideas para la práctica* . Age UK.
53. Montgomery, S., & Rovillon, S. (1992). *Psiquiatría Dinámica. Tratamiento a largo plazo de la depresión*. México : Editorial Library of Congress.
54. Musick, M., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social science & medicine*, 259-269. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12473312>
55. Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humano*. París: Naciones Unidas.
56. Naciones Unidas. (2004). *LOS DERECHOS HUMANOS Y LAS PRISIONES. Manual de capacitación en derechos humanos para funcionarios de prisiones*. Ginebra: PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.
57. Naciones Unidas. (2010). *Medidas privativas y no privativas de libertad. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal*. New York.
58. Naranjo, M. (2012). *pensamientopenal.com*. Obtenido de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2012/02/doctrina32944.pdf>
59. News Medical Life Sciences. (s.f.). *News Medical Life Sciences*. Obtenido de [https://www.news-medical.net/health/Prisoner-Anxiety-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Prisoner-Anxiety-(Spanish).aspx)
60. Núñez, J. (2007). *La crisis del sistema penitenciario en Ecuador*. Quito: Crearimagen.
61. Núñez, M., & Morán, C. (2016). “Construyendo convivencia intercultural”. Un programa de Animación Sociocultural en el Centro Penitenciario de Monterroso. *Revista de educación social*. Obtenido de <http://www.eduso.net/res/22/articulo/-construyendo-convivencia->

- intercultural-un-programa-de-animacion-sociocultural-en-el-centro-penitenciario-de-monterroso-
62. Organización Mundial de la Salud. (2018, Marzo 22). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
63. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización mundial de la salud*. Obtenido de Salud Mental: https://www.who.int/topics/mental_health/es/
64. Pena, B. (2009). La medición del Bienestar Social: una revisión crítica, Estudios de economía aplicada. *Revista Eannet* , 27-2 , 29-324.
65. Peralta E., M., & Fujimoto, G. (1998, Julio). *Organización de Estados Americanos*. Recuperado el Abril 16, 2018, de O.E.A.: <http://www.oas.org/udse/readytolearn/documentos/7.pdf>
66. Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
67. Pozo, F., Navarro, L., Nakahira, M., & Cutiño, S. (2018). Cara a cara con la cárcel. La visión de los presos sobre sus condiciones de custodia y resocialización en un centro penitenciario. *Encrucijadas Revista critica de ciencias sociales*. Obtenido de <http://www.encrucijadas.org/index.php/ojs/article/view/417>
68. Quiceno, J., Vinaccia, S., Ibáñez, J., Alejandra Álvarez, J. J., Pinzón, L., & Serna, A. (2012). Calidad de vida relacionada con salud, resiliencia y felicidad en hombres privados de libertad. *Red de revistas científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal REDALYC*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200004
69. Reforma Penal Internacional. (2014). *Equilibrando la seguridad y la dignidad en las prisiones: un marco de trabajo para el monitoreo preventivo*. Loterie Romande.
70. Reyes, A. (s.f.). Obtenido de www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf

71. Rizaldos, M. Á. (2012, Noviembre 1). *Psicología Clínica 2.0*. Recuperado el Enero 5, 2019, de <http://blogs.siglo22.net/marizaldos/2012/11/01/la-comunicacion-entre-padresmadres-e-hijos/>
72. Rodríguez, F. (2007). *Cárcel electrónica : bases para la creación del sistema penitenciario del siglo XXI*. Tirant lo Blanch.
73. Rodriguez, J., Larrauri, E., & Guerri, C. (2018). Percepción de la calidad de vida en prisión. La importancia de una buena organización y un trato digno. *Revista Internacional de sociología*. Obtenido de <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/849>
74. Salas, C., & Garzón, M. (2013). La noción de la calidad de vida y su medición. *Dialnet*, 36-46. Obtenido de http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2751
75. Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: assemente and impications of generalized outcome expectancies. *Healt Psychology*, 219-247. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/19133050_Optimism_coping_and_health_Assessment_and_implications_of_generalized_outcome_expectancies
76. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Scielo*, 09-21. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002
77. Sen, A. (1999). *La salud en desarrollo*. Medellín: Organ BWH.
78. Tapia, M. (2011). *Reporsitorio Digital Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/497>
79. Torres, V., & Chávez, A. (2013). Ansiedad. *Scielo*.
80. Torres, V., & Chávez, A. (2013). Ansiedad. *Revista de Ctualización Clínica*, 1788. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000800001&lng=es&nrm=iso
81. Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfaccion con la vida. *intervencion psicosocial*, 87-116. Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/254803596_El_estudio_de_la_satisfaccion_con_la_vida

82. Velasco, S., Ruiz, T., & Alvarez, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista española de salud pública*, 318. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000400003
83. Vigna, A. (2016). Burocracia tras las rejas: la aplicación de la norma en el sistema penitenciario. *Dossier 'Antropología del Derecho en Brasil*. Obtenido de https://iiacyl.files.wordpress.com/2016/07/1-vigna_n2.pdf
84. Wheeler, S. (2007). Socialización en comunidades correccionales. *British Psychological Review*, 267-282. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/768017.pdf>
85. Zabala, C. (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en Prisión: Análisis de la Relación con delitos y reincidencia*. Madrid: Entidad Estatal Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo. Obtenido de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Prevalencia_trastornos_2_accesit_VK_2016.pdf

ANEXOS



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



CODIGO

OBJETIVO: recolectar información sobre aspectos de calidad de vida y salud mental en personas privadas de libertad por medio de aplicación de encuesta.

INSTRUCCIONES:

Ante todo, se agradece su colaboración, este estudio pretende evaluar la calidad de vida y salud mental de los internos de este centro penitenciario, la información que usted proporcione es totalmente confidencial y su acceso está limitado al equipo de investigación. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria.

A continuación, se presentan ítems que deben ser llenados y marcados con total sinceridad, si tiene alguna pregunta puede hacerla durante el desarrollo de la encuesta.

PRIMERA PARTE: Orígenes e indicadores sociodemográficos.

1. EDAD

18-23 años 24-29 años 30-35 años 36-41 años 42-47 años 48-53 años 54-59 años 60-65 años

2. NACIONALIDAD

Ecuatoriano () Colombiano () Venezolano () Otro (indique por favor).....

3. SENTENCIA JUDICIAL:

1-5 años 6-11 años 12-17 años 18-23 años

4. ¿Cuál de las siguientes considera que es su actividad principal durante el día?

Educativas () Culturales () Laborales () Ninguno ()

5. ¿Cuál es su religión?

Católico () Evangélico () Testigo de Jehová () Cristiano () Ninguno ()

6. ¿Recibe visitas en esta prisión?

Si () No () *(si la respuesta es "No" pasar a la SEGUNDA PARTE)*

7. ¿De quién recibe visitas? (se pueden señalar varias opciones)

Pareja () Hijos/as () Padre/Madre () Hermanos/as () Amigos/as ()

SEGUNDA PARTE: Evaluación de la calidad de vida penitenciaria.

Esta parte le pregunta su opinión acerca de la calidad de vida que usted experimenta en este centro penitenciario. En cada ítem debe marcar CON UNA (X) UNA SOLA OPCIÓN de acuerdo a su opinión y experiencia personal.

AFIRMACION	MARCAR LA CASILLA QUE DESCRIBE SU PUNTO DE VISTA (SOLO UNA)				
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Convivencia y cordialidad					
1. Cuando entré en esta prisión me sentí bien tratado.					
2. La estancia en el departamento de ingresos me ayudó a conocer cómo funciona esta prisión.					
3. El personal de esta prisión me trata con respeto.					
4. Las relaciones entre el personal y los internos son buenas.					
5. Personalmente me llevo bien con el personal de esta etapa					
6. Recibo apoyo del personal de esta prisión cuando lo necesito.					
7. Confío en los funcionarios de esta prisión.					
8. En esta prisión se confía mucho en los internos.					
9. No siento miedo de que los funcionarios me insulten o me amenacen.					
10. El personal de esta prisión me ayuda a mantener contacto con mi familia.					

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
11. Aquí el personal me trata con amabilidad.					
12. Algunas veces el trato que recibo en esta prisión es humillante.					
13. Esta es una prisión decente.					
14. En esta prisión puedo relajarme incluso delante de los funcionarios.					
15. Los internos en celdas de aislamiento son tratados correctamente.					
16. En esta prisión no se permite que unos internos acosen a otros.					
17. El personal me ayuda cuando tengo problemas médicos o de salud.					
18. Aquí, los internos con problemas de droga reciben ayuda para desintoxicarse.					
19. Se me da información adecuada sobre mi situación jurídica.					
20. Si he tenido problemas los funcionarios me han ayudado.					
Profesionalidad y funcionamiento del centro					
21. Aquí el personal aplica las reglas correctamente.					
22. Aquí los funcionarios distribuyen los trabajos de forma correcta.					
23. Las reglas se me han explicado claramente.					
24. Aquí los "partes" son el último recurso.					
25. Debo tener cuidado con todo lo que hago pues puede ser usado en mi contra.					
26. Se toman decisiones sobre mi en las que no puedo participar.					
27. Se respetan mis derechos como interno					
28. Las decisiones se explican bien a los internos.					
29. Creo que las sanciones de esta prisión son injustas.					
30. Las sanciones se aplican de forma justa.					
31. Esta prisión está bien organizada.					
32. Esta prisión ofrece buenos niveles de seguridad personal.					
Seguridad					
33. Aquí se controla poco la entrada ilegal de drogas.					
34. En esta etapa hay muchas peleas entre internos.					
35. Aquí hay jerarquía entre los internos.					
36. Aquí, los funcionarios reaccionan rápidamente si hay algún incidente o conflicto.					
37. No tengo miedo de que otros internos me insulten o amenace.					
38. No tengo problemas con otros internos en esta prisión.					
39. En esta prisión es difícil no tener deudas.					
40. Las drogas provocan muchos problemas entre internos.					
41. El consumo de drogas en esta etapa es elevado.					
Condiciones objetivas de vida y contacto con el exterior					
42. Tengo lo necesario para mantenerme limpio y aseado.					
43. Las condiciones de vida en esta prisión son malas.					
44. Se me permite recibir visitas con frecuencia.					
45. El tiempo que se concede para las visitas es suficiente.					
Bienestar y desarrollo personal					
46. Me ayudan a hacer planes para no delinquir cuando salga.					
47. Siento que "estoy pasando el tiempo" "en vez de aprovechar el tiempo" de mi condena.					

48. La experiencia de estar preso en esta cárcel es estresante.	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
49. En esta prisión he pensado en el suicidio.					
50. Me cuesta dormir por la noche.					
51. Los movimientos en esta etapa son demasiado controlados.					
52. Estoy en un grado inferior a que debería estar.					

En conjunto en una escala de 0 a 10 (donde 1 es la puntuación más baja y 10 la más alta), que puntuación considera que se merece este centro penitenciario en términos de calidad de vida de los internos.

TERCERA PARTE: evaluación de salud mental.

Marque la opción (una sola) que usted considere prudente acorde a su percepción.

A.1 ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? <input type="radio"/> Mejor que lo habitual <input type="radio"/> Igual que lo habitual <input type="radio"/> Peor que lo habitual <input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual	A.2 ¿Ha tenido la sensación de que necesita reconstituyente? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.3 ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	A.4 ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.5 ¿Ha padecido dolores de cabeza? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	A.6 ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.7 ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	B.1 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
B.2 ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo toda la noche? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	B.3 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
B.4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y mal humorado? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	B.5 ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? <input type="radio"/> No, en lo absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual

B.6 ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? <input type="checkbox"/> No, en lo absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	B.7 ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente? <input type="checkbox"/> No, en lo absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.1 ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo? <input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	C.2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? <input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Mas tiempo que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual
C.3 ¿Ha tenido la impresión de que está haciendo las cosas bien? <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Peor que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	C.4 ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? <input type="checkbox"/> Mas satisfecho que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual
C.5 ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida? <input type="checkbox"/> Mas tiempo que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual	C.6 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? <input type="checkbox"/> Mas que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual
C.7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales cada día? <input type="checkbox"/> Mas que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	D.1 ¿Ha pensado usted que es una persona que no vale para nada? <input type="checkbox"/> No, en lo absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
D.2 ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza? <input type="checkbox"/> No, en lo absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	D.3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse? <input type="checkbox"/> No, en lo absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
D.4 ¿Ha pensado en la posibilidad de “Quitarse de en medio”? <input type="checkbox"/> No, en lo absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	D.5 ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados? <input type="checkbox"/> No, en lo absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
D.6 ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo? <input type="checkbox"/> No, en lo absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	D.7 ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza? <input type="checkbox"/> Claramente no <input type="checkbox"/> Me parece que no <input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente <input type="checkbox"/> Claramente lo he pensado

¡Gracias por su colaboración!