



ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Tema:

BIENESTAR MENTAL Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, ANSIOSA Y DE ESTRÉS EN MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica**

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

Alejandra Camila Paneque Mastrapa

Directora:

Mg. Ana del Rocío Martínez Yacelga

Ambato – Ecuador

Marzo 2026

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **ALEJANDRA CAMILA PANEQUE MASTRAPA**, con cédula de ciudadanía **1754480737**, autora del trabajo de graduación intitulado "BIENESTAR MENTAL Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, ANSIOSA Y DE ESTRÉS EN MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD." previo a la obtención del título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **SALUD Y BIENESTAR**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENECYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, marzo 2026


Alejandra Camila Paneque Mastrapa
CC. 1754480737

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**BIENESTAR MENTAL Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, ANSIOSA Y DE
ESTRÉS EN MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD**

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

Alejandra Camila Paneque Mastrapa

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra. Mg.

CC. 1802920148

CALIFICADOR

f. 

Juana Rosario Lara Machado, Dra. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Freddy Patricio Mayorga Valle, Dr. Esp.

DIRECTOR ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg.

PROSECRETARIO PUCE AMBATO

f. 

Ambato – Ecuador

Marzo 2026


PROSECRETARÍA

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre, por su amor incondicional, por creer en mí incluso cuando yo dudaba y por acompañarme en cada etapa de mi vida. Gracias por ser mi mayor apoyo, mi refugio y el mejor ejemplo de fortaleza y perseverancia. Cada esfuerzo, cada sacrificio y cada palabra de aliento fueron parte del camino que hoy me permite estar aquí. Esta tesis es por ti y para ti, mamá.

A Pepe, quien, a pesar de ser ingeniero, es tan merecedor de este título como yo, por haber sido mi compañero constante, mi apoyo académico y emocional durante toda la carrera. Gracias por tu paciencia, por caminar a mi lado durante esta etapa y por acompañarme en cada desvelo, cada duda y cada avance. Este logro también es tuyo.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por ser un sostén fundamental a lo largo de mi vida y por acompañarme con amor y comprensión durante mi formación académica.

A mi madre, por su amor incondicional, por su entrega constante y por ser mi mayor apoyo en cada etapa de este proceso.

A mi papá, por su amor, su apoyo permanente y por estar presente aún en la distancia.

A mi hermano, por ser una fuente de motivación y una razón para seguir adelante.

A mi perro Hades, por su compañía fiel y su cariño genuino.

A mis compañeros de carrera, por el apoyo mutuo y por hacer de este camino algo especial.

A mi tutora de tesis, Dra. Ana Martínez, por su orientación y acompañamiento durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre bienestar mental y sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1. Participaron 107 mujeres con edades entre 21 y 65 años ($M = 36.69$). El estudio fue cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo-correlacional. Se aplicaron la Escala Continuum de Salud Mental (MHC-SF) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), ambas con adecuada fiabilidad. Los resultados descriptivos mostraron niveles elevados de bienestar, principalmente en la dimensión psicológica ($M = 21.4$), seguida del bienestar social ($M = 19.7$) y emocional ($M = 11.6$). Sin embargo, se evidenció una alta prevalencia de malestar: 61,7% presentó sintomatología depresiva, 64,4% ansiedad y 79,4% estrés, en niveles moderados a extremadamente severos.

El análisis correlacional reveló una relación negativa moderada y significativa entre bienestar global y malestar total ($r = -0.434$; $p < 0.01$), siendo la asociación más fuerte entre bienestar emocional y depresión ($r = -0.484$; $p < .01$). Se concluye que en contextos de privación de libertad coexisten recursos de bienestar psicológico con una elevada carga de malestar emocional, lo que evidencia la complejidad de la salud mental penitenciaria.

Palabras clave: bienestar mental, depresión, ansiedad, estrés.

ABSTRACT

The present research aimed to analyze the relationship between mental well-being and symptoms of depression, anxiety, and stress among women deprived of liberty at the Tungurahua Social Rehabilitation Center No. 1. The sample consisted of 107 women aged 21 to 65 years ($M = 36.69$). A quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational design was employed. The Mental Health Continuum Scale (MHC-SF) and the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) were administered, both demonstrating adequate reliability. Descriptive results revealed elevated levels of well-being, predominantly in the psychological dimension ($M = 21.4$), followed by social ($M = 19.7$) and emotional well-being ($M = 11.6$). However, a high prevalence of psychological distress was observed: 61.7% presented depressive symptomatology, 64.4% anxiety, and 79.4% stress, at moderate to extremely severe levels.

Correlational analysis indicated a moderate, significant, and negative relationship between global well-being and overall psychological distress ($r = -0.433$; $p < 0.01$), with the strongest association found between emotional well-being and depression ($r = -0.495$; $p < 0.01$). It is concluded that within contexts of deprivation of liberty, psychological well-being resources coexist alongside a substantial burden of emotional distress, thereby evidencing the complexity inherent in prison mental health.

Keywords: *mental well-being, depression, anxiety, stress.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	8
1.1. Bienestar mental	8
1.2. Sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés	19
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	39
2.1. Tipo y enfoque de investigación	39
2.2. Población y muestra	40
2.3. Técnicas e instrumentos de investigación	45
2.4. Procedimiento metodológico	50
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.1. Análisis de frecuencia Escala DASS-21	52
3.2. Análisis descriptivo Escala MHC-SF	54
3.3. Análisis descriptivo Escala DASS-21	56
3.4. Correlación entre variables.....	57
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad.....	41
Tabla 2. Estadísticos descriptivos de características demográficas y familiares...42	42
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de situación penitenciaria	42
Tabla 4. Estadístico descriptivo de nivel educativo y ocupacional	43
Tabla 5. Estadísticos de frecuencia de valoración de los servicios y relaciones institucionales.....	44
Tabla 6. Distribución de ítems del MHC-SF	46
Tabla 7. Fiabilidad del MHC-SF	48
Tabla 8. Distribución de ítems del DASS-21	49
Tabla 9. Fiabilidad de la escala DASS-21	50
Tabla 10. Estadísticos descriptivos Escala MHC-SF.....	54
Tabla 11. Estadísticos descriptivos de frecuencia test DASS-21	52
Tabla 12. Estadísticos descriptivos Escala DASS-21.....	56
Tabla 13. Correlaciones entre la Escala Continuum de Salud Mental y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés -21	57

INTRODUCCIÓN

La comisión de un delito implica un fenómeno complejo y multifactorial, en el que interactúan diversos elementos de índole individual, social y contextual. Estos factores no solo intervienen en la ejecución del acto delictivo como tal, sino también en las múltiples repercusiones que se generan a nivel psicológico y social, tanto durante el cumplimiento de la condena como en lo posterior. Por ello, resulta fundamental examinar las investigaciones previas que han tratado la salud mental en la población objetivo.

Entre los estudios sobre salud mental en mujeres privadas de libertad, se destaca la investigación realizada por Hidayati, Suryani, Rahayuwati, y Widiанти (2023) en Indonesia, quienes analizan la importancia de la atención en salud mental en mujeres recluidas en centros penitenciarios. Los resultados indican dificultades en seis ámbitos: 1) dependencia de sustancias, 2) débil apoyo social, 3) falta de empatía de las autoridades, 4) escasa capacitación en habilidades asertivas (como manejo de la ira), 5) ausencia de tratamientos adecuados para trastornos psiquiátricos y 6) la necesidad de profesionales capacitados en salud mental. Estos factores contribuyen al deterioro del bienestar psicológico de las reclusas, por lo que los autores destacan la urgencia de intervenciones oportunas en el contexto penitenciario.

Igualmente, en Hunan, provincia de China se ejecutó una investigación sobre salud mental de mujeres privadas de la libertad, enfocándose principalmente en la remisión de estrés postraumáticos (TEPT). El estudio tuvo una muestra de más de 2300 reclusas, de las cuales se determinó que al menos 220 cumplían con criterios diagnósticos de TEPT. Además, se descubrió que alrededor del 64% de las mujeres experimentaron una mejoría durante el encarcelamiento, aunque una considerable parte de ellas manifestaron síntomas crónicos de malestar psicológico. Entre los factores que condicionaban la aparición y mantenimiento de la enfermedad psicológica se encontraron el nivel educativo, la duración de la sentencia y los síntomas depresivos (Zhong, Zhu, Mellsop, Zhou & Wang, 2021).

En el contexto penitenciario de Irlanda, se encuentra el estudio de Bright, Higgins, y Grealish (2025) quienes analizaron la salud mental de mujeres privadas de la libertad y las percepciones del personal penitenciario sobre el acceso a servicios psicológicos. A través de entrevistas a 25 internas y 20 funcionarios de la prisión, se encontró que, el 76% de las mujeres presentaban algún tipo de malestar emocional en los que se incluía ansiedad, desesperanza y aislamiento. El estudio además evidenció algunas deficiencias en la atención psicológica, como diferentes limitantes, turnos de espera prolongados y una seria dependencia psicofarmacológica. Además, se identificó falta de formación en salud mental en el personal, así como escasez de recursos, ambos factores que agravan la salud mental de las reclusas.

En una investigación realizada en España por Castiglione Boquera (2024) se analizó la interacción entre el estigma, la autoestima y la salud mental en población recluso, subrayando que 9 de cada 10 internos presentan algún tipo de alteración psicológica. El estudio examinó como la escasez de recursos especializados y la falta de coordinación asistencial agravan patologías como la ansiedad y la depresión, las cuales presentan tasas significativamente más altas en prisión que en la población general. Los hallazgos revelaron que el entorno penitenciario fomenta fenómenos como la indefensión aprendida y un locus de control externos, donde el estrés constante por la pérdida de libertad y la incertidumbre futura deterioran el bienestar emocional.

En Estados Unidos, King, Smith, & Ferdik (2025) realizaron un estudio cualitativo con 15 mujeres privadas de libertad diagnosticadas con trastornos mentales en una prisión del sureste del país. A través del Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA), identificaron que la salud mental atravesaba de manera contante sus experiencias de vida, infancias traumáticas hasta el encarcelamiento, los hallazgos evidenciaron que los síntomas como ira, desregulación emocional y psicosis no tratada influyeron negativamente en sus relaciones interpersonales. Asimismo, se reportó estigmatización, vergüenza asociada al diagnóstico y dificultades en el acceso a atención profesional.

En Cuba, Jiménez, Martínez, & Alzola (2021) examinaron la salud mental de 70 reclusos en prisión provisional y severa. Los resultados revelaron un alto deterioro de salud mental general, con predominio de ansiedad moderadas en ambos grupos. La totalidad de los internos en prisión provisional presentó algún tipo de depresión, desde síntomas situacionales hasta distimia grave, mientras que los reclusos en régimen severo reportaron niveles ligeramente superiores de bienestar subjetivo. Según los autores, la incertidumbre jurídica en la prisión constituye un factor de riesgo que agrava la sintomatología depresiva, aunque el encarcelamiento afecta negativamente la salud mental independientemente del régimen.

A nivel de Hispanoamérica, en Brasil Laurindo, Leite y Cruz (2022) llevaron a cabo un estudio sobre los niveles de ansiedad y depresión en mujeres en condición de encarcelamiento. Los resultados mostraron que había una correlación entre las variables y que las mujeres que estaban entre los 20-29 años presentaron más síntomas depresivos que otro grupo etario. Según los investigadores, dichos síntomas pueden estar asociados a diferentes factores como estado civil, maternidad u otras situaciones asociadas con la familia.

A su vez, en Chile se llevó a cabo un estudio longitudinal orientado a analizar la evolución de la salud mental en personas privadas de libertad (PPL) con diagnósticos de trastornos mentales graves. Los resultados evidenciaron un deterioro significativo del bienestar psicológico, atribuido principalmente a las condiciones del entorno. Entre los factores identificados se encontraron la precariedad de los servicios higiénicos, la escasa privacidad y el temor constante a que su condición empeore, al ser trasladados a centro penitenciarios peores (Gabrysch, Sepúlveda, Bienzobas, & Mundt, 2020).

En México (Martínez, 2025) se llevó a cabo un estudio para descubrir las causas del aumento de suicidios entre personas privadas de la libertad dentro de las cárceles. Los resultados de la investigación arrojaron que la muerte auto infringida es la respuesta a la deficiencia en cuanto a políticas carcelarias orientadas a la prevención y al manejo en temas de salud mental. A pesar de que existen programas con dichas modalidades, a nivel documental la realidad es diferente y

existen una escasez considerable de profesionales responsables en salud mental y en protocolos respectivos.

Al igual que en México, el sistema penitenciario en Colombia enfrenta una crisis profunda en materia de salud mental. Piñeros María & Guerra Helen (2025) explican que dicha crisis es el resultado de condiciones estructurales insatisfactorias, lo cual incluye al hacinamiento, la misma violencia que se da entre las cárceles, los escasos de servicio óptimos de salud y formas precarias de vida. La investigación sostiene que la vulneración sistemática de los derechos humanos repercute directa y negativamente contra la salud mental de la población carcelaria en general.

En Ecuador, se llevó a cabo un estudio con el propósito de analizar la relación entre la salud mental y los delitos cometidos por personas privadas de la libertad. A diferencia de algunas investigaciones realizadas a nivel internacional, los niveles de satisfacción personal y autonomía fueron altos, lo que podría estar asociado a un mayor bienestar psicológico. No obstante, se identificó la presencia de factores que representan un riesgo para la salud mental, como síntomas depresivos y ansiosos (Rea, 2024).

En Tungurahua-Ecuador Martínez Yacelga, Hernández Junco, Paredes Miranda, & Pallo Ávila (2023) ejecutaron un estudio en el Centro de Rehabilitación Social de Tungurahua N.1 con el objetivo de analizar la relación entre la salud mental y la personalidad en PPL. Los resultados evidenciaron niveles moderados y altos de salud mental positiva, también se identificó síntomas referentes a rasgos antisociales, paranoia, ideación suicida, ansiedad y estrés.

Bajo este contexto, el problema de investigación parte de observaciones preliminares no sistematizadas en un segmento de personas privadas de la libertad, se ha identificado la presencia de comportamientos caracterizados por: estados de ánimo inestables, reacciones impulsivas, bajo control de impulsos, agresividad física o verbal, limitadas habilidades de autocontrol, tendencias al consumo de sustancias, así como, relaciones interpersonales conflictivas, sintomatología ansiosa, depresiva o de estrés.

Los componentes que se mencionaron, se estima que tienen relación con estados emocionales negativos, cuyas posibles causas, se vinculan con ambientes sociales limitados, estilos de crianza violentos, condiciones de pobreza y falta de oportunidades de formación, acompañado de exposición al consumo de sustancias, inestabilidad en las relaciones interpersonales y familiares, entre otros factores que predisponen a dichas conductas de riesgo en cuanto a la salud mental.

Estas situaciones desencadenan problemas de índole legal, que incluye la privación de libertad, así como una afectación directa de la salud física y mental, lo que quebranta su bienestar emocional, psicológico y social. A partir del análisis realizado, se puede determinar el siguiente problema científico: ¿Cuál es la relación entre bienestar mental y sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en mujeres privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N1?

Según la situación problemática planteada y los antecedentes revisados se formula la siguiente hipótesis: el bienestar mental tiene relación significativa con la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en mujeres privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N1. Esta hipótesis parte del supuesto de que los factores psicosociales y emocionales presentes en el entorno penitenciario pueden influir en el desarrollo o mantenimiento de presencia de bienestar mental o por el contrario, de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés.

Así, se plantea, como objetivo general de la presente investigación analizar el bienestar mental y sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en mujeres privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N1. Para alcanzar dicho propósito, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- 1) Fundamentar teóricamente el bienestar mental y la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en mujeres privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1.

2) Evaluar cuantitativamente el bienestar mental y la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en mujeres privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1.

3) Realizar un análisis correlacional el bienestar mental y la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en mujeres privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1.

Para poder cumplir con estos objetivos, se propone que la investigación se desarrolle bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de alcance descriptivo y correlacional. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: la Escala Continuum de Salud Mental y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21, adicional a esto, una ficha sociodemográfica para caracterizar a la población. Se estima contar con una población significativa de mujeres en situación de privación de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Tungurahua N.1, mediante un muestreo no probabilístico discrecional.

Frente al considerable aumento de la población penitenciaria femenina en el Ecuador y del enfoque rehabilitador de los centros de privación de la libertad, es de gran interés conocer el estado de la salud mental en mujeres que están internadas en el Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1. Además, la investigación tiene el propósito de proporcionar información de utilidad, actualizada y llevada a un contexto más cercano con el objetivo de aportar a futuras investigaciones cuyo propósito sea el de generar intervenciones enfocadas en la salud mental en dicho grupo vulnerable.

Finalmente, acorde con los objetivos nacionales del Plan Nacional de Desarrollo "Creación de Oportunidades 2021-2025" (SENPLADES, 2021), el proyecto se enfoca en el eje 2: Social, en el cual está descrito el objetivo 6: garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, es decir la promoción de políticas que garanticen la atención especializada, públicas y privadas, de las personas o grupos de atención prioritaria (personas privadas de la libertad); también con el objetivo 9 (Garantizar la seguridad ciudadana, orden público y gestión de riesgos), el cual está descrito dentro del eje 3: Seguridad Integral, donde se hace hincapié en el

adecuado manejo de gestión de riesgos y seguridad de personas privadas de la libertad. Esto se vincula con el ODS 3 (Salud y Bienestar) y con el ODS 16 (Paz, Justicia e Instituciones Sólidas) esto de acuerdo con la agenda 2030 y los objetivos de Desarrollo Sostenible (PNUD, 2015).

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Bienestar mental

Conceptualización

En el marco conceptual de la presente investigación, la salud mental se entiende como un componente esencial del desarrollo humano y del bienestar integral. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) propone una definición integral y ampliamente aceptada, en la que plantea que: “La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (párr. 1). Esta definición se aleja del enfoque exclusivamente clínico patológico y destaca al bienestar mental como una capacidad tanto funcional como relacional, es decir, como la aptitud del individuo para adaptarse, crecer, relacionarse con los demás y participar de manera activa en la sociedad.

El concepto de salud mental es, sin duda, un término complejo de definir. Este se debe, en gran medida, a que involucra múltiples dimensiones del ser humano, como lo emocional, lo psicológico, lo social y lo cultural, donde la subjetividad desempeña un papel fundamental. Al igual que ocurre con otros aspectos relacionados con el bienestar humano, su interpretación puede variar significativamente según el contexto de cada individuo. Para algunas personas el bienestar mental o salud mental se puede entender como un estado de equilibrio psicológico que les permite experimentar bienestar y estabilidad emocional, para otras, en cambio, se asocia con la sensación de felicidad, plenitud e incluso paz interior (Acosta, 2023).

En este marco conceptual, el bienestar mental puede concebirse como un componente principal e intrínseco de la salud mental. Mientras que la salud mental constituye un constructo amplio que abarca tanto la presencia de recursos psicológicos como la ausencia de sintomatología clínica, el bienestar mental se centra específicamente en los aspectos positivos del funcionamiento psicológico,

tales como la satisfacción con la vida, el equilibrio emocional, la percepción de propósito y la resiliencia. Así, el bienestar mental no se concibe como un constructo independiente, sino como una dimensión que forma parte integral de la salud mental, permitiendo una comprensión más completa del funcionamiento psicológico del individuo.

Dentro de la revisión teórica, según Cilar (2025) el bienestar mental se refiere a la evaluación positiva que hace el individuo sobre su propia vida, en este sentido, dicho concepto abarca tanto la satisfacción global con la vida como el balance entre experiencias emocionales positivas y negativas, la aceptación propia, el tener un propósito y sentido de vida, así como conservar relaciones interpersonales positivas. Una revisión teórica realizada por Barragán Ahmad (2023) sostiene que el bienestar y la salud mental positiva son conceptos interrelacionados que reflejan diferentes dimensiones del funcionamiento humano, pero que pueden distinguirse conceptualmente en términos de evaluación subjetiva versus ausencia de malestar clínico.

La perspectiva anteriormente mencionada implica que el bienestar mental no consiste únicamente en la ausencia de trastornos psicológicos, sino en la presencia de recursos internos que permiten afrontar los desafíos cotidianos. Sin embargo, no todas las personas cuentan con estos recursos, las condiciones mentales adversas, como, por ejemplo, la depresión, pueden afectar significativamente esta capacidad de afrontamiento (Mayorga & Mayorga Lascano, 2023). De hecho, uno de los síntomas más comunes de este trastorno es la dificultad para hacer frente a situaciones de crisis, lo que indica que el bienestar mental no es solo una cuestión de sentirse bien, sino de poder funcionar adecuadamente en la vida diaria y adaptarse a los cambios y desafíos que la misma presenta.

Tras delimitar el bienestar mental como una dimensión positiva e integrada dentro del constructo de salud mental, resulta necesario profundizar en el marco teórico que sustenta su desarrollo conceptual. En este sentido, la comprensión contemporánea del bienestar encuentra uno de sus principales fundamentos en la perspectiva de la psicología positiva, la cual desplaza el enfoque tradicional

centrado exclusivamente en el déficit y la psicopatología. Esta corriente propone el estudio sistemático de las fortalezas, recursos personales y condiciones que favorecen el funcionamiento óptimo. Por ello, abordar el bienestar mental desde esta perspectiva permite comprenderlo no solo como ausencia de malestar, sino como presencia activa de capacidades, significado y desarrollo humano.

Perspectiva teórica

La variable de bienestar mental toma como base a la perspectiva teórica de la psicología positiva, la cual surge como una corriente que propone un cambio de enfoque, en lugar de centrarse exclusivamente en lo que falta o “funciona mal” en el individuo, se orienta hacia el desarrollo de sus capacidades, virtudes y recursos internos (Sáez, 2024). La psicología positiva es un término que fue propuesto por el psicólogo de origen estadounidense Martin Seligman en los 90, cuando tomó la dirección de la APA y se dio cuenta de que la psicología siempre había estado centrada en la enfermedad (Lupano & Castro, 2010).

Desde esta perspectiva, el paciente no es necesariamente alguien que está mal, sino alguien que puede estar bien, pero que aspira a un mayor bienestar, plenitud o realización personal a través del autoconocimiento y el fortalecimiento de sus potencialidades. El objetivo de la psicología en el área clínica es estudiar y comprender las fortalezas del ser humano, así como fomentar las emociones positivas que contribuyan al bienestar mental, estas características vistas como herramientas permiten no solo afrontar el malestar psicológico, sino también promover una recuperación más sólida y verdadera (Contreras & Esguerra, 2006).

Bajo este enfoque, el bienestar mental no puede entenderse únicamente como la ausencia de síntomas, sino como la presencia de recursos que permiten a la persona funcionar incluso en contextos adversos. En el entorno penitenciario, donde predominan condiciones de restricción y estigmatización social, podría asumirse que el bienestar es inexistente; sin embargo, aunque la privación de libertad modifica las condiciones externas de vida, no anula la capacidad del desarrollo innato del ser humano fortalezas. Mak, Chan, Kong, & Services (2017)

en su investigación evidenciaron que mujeres encarceladas pueden experimentar mejoras en su bienestar emocional mediante intervenciones psicológicas, lo que confirma la posibilidad de crecimiento personal aun en contextos de encierro.

En este contexto, algunas mujeres pueden experimentar procesos de reflexión, reestructuración personal y resignificación de su historia de vida durante su permanencia en prisión. La participación en actividades educativas, laborales o terapéuticas puede favorecer la percepción de logro, autonomía y propósito, elementos centrales del bienestar psicológico (DeShay, 2020). Asimismo, la construcción de nuevas relaciones interpersonales puede fortalecer el sentido de pertenencia y apoyo social. De esta manera, el espacio penitenciario no se configura exclusivamente como un escenario de deterioro emocional, sino también como un entorno donde, aunque difícil de creer, pueden coexistir malestar psicológico y experiencias de crecimiento personal.

A partir de esta perspectiva teórica, el bienestar mental deja de concebirse como una noción abstracta para estructurarse en componentes específicos que permiten su análisis. Si bien la psicología positiva proporciona el fundamento conceptual al enfatizar las fortalezas y el funcionamiento óptimo, resulta necesario desglosar este constructo en dimensiones que faciliten su comprensión dentro del contexto penitenciario. De este modo, el bienestar mental puede analizarse desde una perspectiva multidimensional que integra aspectos emocionales, psicológicos y sociales, reconociendo que estos interactúan de manera dinámica y se ven influidos tanto por recursos internos como por las condiciones estructurales del entorno (Hu et al., 2025).

Dimensiones del bienestar mental

Las dimensiones se presentan desde un enfoque integral que reconoce la interacción entre componentes emocionales, psicológicos y sociales. Este enfoque concibe al bienestar mental como un proceso dinámico, influido tanto por recursos internos como por condiciones contextuales. Desde la dimensión psicológica, el bienestar se relaciona con el desarrollo de capacidades internas como la autonomía

o el sentido de vida las cuales permiten al individuo construir una identidad relativamente estable. En este sentido, Ryan & Deci (2000) desde la teoría de la autodeterminación señalan que la satisfacción de necesidades psicológicas básicas actúa como un factor protector frente al malestar emocional y favorece el bienestar psicológico.

Por su parte, la dimensión social del bienestar mental se vincula con la integración, el reconocimiento y la participación activa del individuo en su entorno social. Wilkinson & Pickett (2009) evidencian que contextos caracterizados por desigualdad, exclusión y debilitamiento de los lazos sociales se asocian con mayores niveles de malestar psicológico y deterioro del bienestar. Bajo este concepto, la salud mental no puede comprenderse de manera aislada, sino como un fenómeno profundamente condicionado por las estructuras sociales que facilitan o dificultan el desarrollo humano. Es por ello, que se toman las principales dimensiones de la salud mental positiva para su desarrollo a continuación.

a. Bienestar emocional

El bienestar emocional puede definirse como un estado subjetivo en el que la persona experimenta armonía entre sus emociones, pensamientos y conductas, lo que provoca que se alcance una sensación de plenitud y equilibrio interno. De acuerdo con Park et al. (2022), este tipo de bienestar se relaciona con la satisfacción que las personas encuentran al vivir sus vidas y con la capacidad de otorgarles un sentido coherente y positivo. Así, el bienestar emocional no se limita a la ausencia de malestar, sino que implica la presencia de emociones positivas y la habilidad para manejar adecuadamente las negativas.

En el caso de las mujeres privadas de la libertad, la percepción del bienestar emocional suele experimentar un cambio significativo. Generalmente se observa un antes y un después marcado por el encarcelamiento, lo cual tiende a generar un deterioro del estado emocional. El consumo de sustancias constituye un elemento que agrava esta afectación emocional, lo que intensifica los sentimientos de desesperanza y pérdida de control (García-Vita, Añaños-Bedriñana, & Fernández-Sánchez, 2017).

Los factores asociados con el bajo bienestar emocional en mujeres encarceladas son descritos por Aboaja, Blackwood, Alvarado y, & Grant (2023) los cuales se relacionan con condiciones propias del entorno penitenciario, como la pérdida de autonomía, la limitación de la toma de decisiones y la ausencia de un círculo social de apoyo. Estas circunstancias, unidas a la falta de acompañamiento familiar profundizan la sensación de aislamiento y vulnerabilidad emocional. No obstante, los autores identifican también factores de bienestar emocional asociados a la fe y a las creencias espirituales.

Desde una perspectiva clínica y psicosocial, promover el bienestar emocional en mujeres privadas de libertad requiere estrategias que fortalezcan su autoconocimiento, su capacidad de afrontamiento y su red de apoyo interpersonal. Factores que en dicha población se encuentran en tela de duda debido a que más que fortalecidos están amenazados.

b. Bienestar psicológico

El bienestar psicológico no puede entenderse de manera aislada del bienestar emocional, ambos conforman un conjunto de recursos que permiten a la persona afrontar adecuadamente las exigencias de la vida. Esta integración contribuye al desarrollo de capacidades internas que facilitan la adaptación, la resiliencia y una percepción equilibrada del entorno, elementos fundamentales para el funcionamiento humano en diversos contextos (Ryff, 2014). El estudiar el conjunto de todas las dimensiones es realmente imprescindible en el campo de la salud mental, es incorrecto tomarlo por separado al momento de hablar de bienestar psicológico.

El bienestar psicológico implica mucho más que la ausencia de malestar emocional o trastornos clínicos, pues, abarca procesos internos que promueven equilibrio y satisfacción. Aguiar, Barroso, Monteiro, da Conceição Pereira y & Caramelo (2024) destacan que este concepto incluye elementos que permiten alcanzar un funcionamiento óptimo y estable. Dichos elementos involucran la autorregulación emocional, toma de decisiones adaptativas y capacidad de mantener metas

realistas. En este sentido, el bienestar psicológico refleja un proceso dinámico que se construye continuamente.

Lo mencionado concuerda con lo planteado por Castro (2009) quien propone dimensiones específicas para comprender el bienestar mental, como la autorrealización, el funcionamiento personal y la presencia de un sentido vital. De igual manera, incorpora factores socioambientales y características propias del ciclo vital, lo que resalta la complejidad del bienestar humano. El bienestar psicológico, según esta perspectiva, se concibe como un estado relativamente estable que influye en múltiples áreas de la vida. Esto implica considerar tanto los factores individuales como las contextuales.

En el caso de las mujeres privadas de libertad, las dimensiones del bienestar psicológico difícilmente se encuentran plenamente desarrolladas debido a las condiciones restrictivas del entorno penitenciario. La ausencia de redes de apoyo, la rutina institucional y la limitada autonomía afectan su equilibrio emocional y dificultan la construcción de recursos internos estables. Estas circunstancias muestran que el bienestar psicológico en este contexto se ve profundamente comprometido, lo que permite comprender la complejidad de su mantenimiento y refuerza la importancia de abordarlo desde una perspectiva integral dentro del análisis penitenciario.

c. Bienestar social

El bienestar social se refiere a las condiciones sociales que permiten a las personas establecer vínculos significativos, acceder a recursos básicos y desempeñar roles socialmente valorados y sentirse parte activa de la comunidad. Desde la perspectiva de la sociología de la salud (Berkman & Glass, 2023) señalan que la integración social y el apoyo social son componentes esenciales del bienestar social. Influyen directamente en la salud mental y en la capacidad de los individuos para enfrentar situaciones adversas. En este sentido, el bienestar social se configura como un fenómeno relacional y contextual.

Es importante subrayar el rol del entorno en el bienestar mental de las personas, sin un contexto que permita visibilizar y atender las dimensiones emocionales y cognitivas, es decir, sin un marco social y cultural que valore lo mental, resulta muy difícil promover salud mental de manera genuina. Ignorar este ámbito dentro de la sociedad puede generar consecuencias graves. Al no reconocer la dimensión subjetiva del bienestar es posible que se desencadene problemáticas de salud mental a gran escala. Un ejemplo contemporáneo de ello es el aumento sostenido de ansiedad entre jóvenes y adultos de la mediana edad, provocado por factores económicos, incertidumbre al futuro y la evidente precariedad social (Lund et al., 2010).

Al bienestar social se le puede definir como el conjunto de condiciones tanto individuales como comunitarias e incluso estructurales, que permite a las personas vivir de forma digna y armónica dentro de la sociedad. Los autores Juan Antonio Fernández-López (2010) explican que la salud (de forma general) debe ser vista de manera comunitaria, debido a que, el individuo es la respuesta de la interacción con el otro, pues, somos seres sociales y eso determina nuestro bienestar de forma práctica.

En mujeres encarceladas la esfera social se ve sensiblemente comprometida, debido a que, la sanción misma de “privación de libertad” tiene como fundamento el aislamiento social. Es común que exista un deterioro social marcado, prolongado y con tintes agravantes dentro de este grupo vulnerable. Aunque, es importante tomar en cuenta que dentro de los Centros de Rehabilitación Social existen pseudo sociedades, en donde, al igual que afuera, concurren roles, funciones, jerarquías y eventos que involucran la participación activa de todos. Por lo que, aunque de forma algo distinta, puede llegar a existir un bienestar social y una sensación subjetiva de apoyo y de pertenencia.

Bienestar mental en contextos penitenciarios

El bienestar mental en contextos penitenciarios ha sido conceptualizado como un estado que integra dimensiones emocionales, cognitivas y sociales, afectadas

significativamente por las condiciones estructurales del encarcelamiento. La privación de libertad implica una ruptura con los sistemas de apoyo previos y una adaptación forzada a normas institucionales rígidas, lo que puede comprometer la percepción de autonomía y control personal. En este sentido, investigaciones como la de Gonçalves, Endrass, Rossegger & Dirkzwager (2016) evidencian que el clima social penitenciario se asocia directamente con indicadores de bienestar psicológico, mostrando que entornos percibidos como más justos y respetuosos favorecen mejores niveles de ajuste emocional en la población privada de libertad.

Asimismo, el bienestar mental en prisión no depende únicamente de la ausencia de sintomatología clínica, sino también de la posibilidad de desarrollar recursos internos y mantener vínculos significativos, como se mencionó anteriormente en el apartado de "bienestar social". Crewe, Hulley, & Wright (2017) señalan que las formas contemporáneas de encarcelamiento, especialmente en regímenes de alta seguridad, pueden generar experiencias de aislamiento psicológico que impactan negativamente en la estabilidad emocional y el sentido de identidad. Sin embargo, cuando las instituciones promueven relaciones interpersonales más humanizadas y oportunidades de participación activa, se observan mayores niveles de adaptación y bienestar subjetivo.

Por otra parte, la literatura reciente destaca la importancia de los factores protectores individuales en la preservación del bienestar mental durante el cumplimiento de la pena. Variables como la resiliencia, las estrategias de afrontamiento adaptativas y la percepción de apoyo social han mostrado un efecto amortiguador frente al estrés penitenciario. De acuerdo con Alfaiate, Ramos, Morais, & Sampaio (2026) los programas que fortalecen habilidades psicosociales y fomentan la construcción de significado personal dentro del encierro contribuyen a mejorar el bienestar psicológico general, incluso en contextos caracterizados por limitaciones estructurales significativas.

Bienestar mental en mujeres privadas de la libertad

En cuanto a mujeres privadas de la libertad la psicología positiva ofrece la teoría pertinente para comprender el bienestar mental más allá del enfoque tradicional centrado exclusivamente en la psicopatología. Desde esta perspectiva, el interés no se limita a la reducción de síntomas, sino al fortalecimiento de recursos psicológicos que permitan un funcionamiento adaptativo incluso en condiciones adversas. Un estudio desarrollado con mujeres privadas de libertad evidenció que un programa de entrenamiento en habilidades psicológicas basado en principios de psicología positiva produjo mejoras significativas en el bienestar mental y reducciones en el malestar emocional tras la intervención (Lo, Iasiello, Carey, & van Agteren, 2020). Estos hallazgos sugieren que, aun en entornos restrictivos, es posible potenciar fortalezas personales como la autorregulación emocional y la percepción de logro.

Asimismo, investigaciones comparativas han señalado que variables propias de la psicología positiva, como la resiliencia y las creencias adaptativas, pueden actuar como factores protectores frente al impacto psicológico del encarcelamiento. En un estudio que comparó población penitenciaria (en donde se incluía población femenina) con población general, se encontró que ciertos recursos cognitivos positivos se asociaban con mayores niveles de bienestar subjetivo, incluso en contextos de alta restricción ambiental (Bartholomaeus & Strelan, 2021). En conjunto, estos hallazgos permiten sostener que el bienestar mental en contextos penitenciarios no debe entenderse como una condición incompatible con la privación de libertad, sino como un proceso dinámico que puede coexistir con el malestar y fortalecerse mediante intervenciones basadas en la psicología positiva.

Distinción entre la salud mental y la enfermedad mental

Es fundamental establecer una diferencia clara entre los términos salud mental y enfermedad mental, en el discurso cotidiano, e incluso en algunos entornos profesionales, tienden a utilizarse como sinónimos, lo cual genera confusión conceptual y práctica, sin embargo, no se refieren a lo mismo y comprender sus

diferencias es clave para una adecuada atención en el ámbito médico, psicológico y comunitario.

Uno de los elementos centrales de la enfermedad mental es la presencia de síntomas clínicamente relevantes, como los trastornos del estado de ánimo, psicóticos, de personalidad, consumo problemático, entre otros. Pero además de la sintomatología, la (WHO, 2021) a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) subraya aspectos como la discapacidad funcional y el riesgo de daños, lo que resalta el impacto real que estas condiciones tienen en la vida diaria del individuo. A diferencia del concepto de salud mental, donde se enfatiza la capacidad para afrontar las exigencias de la vida, en la enfermedad mental el sujeto puede verse impedido para responder adecuadamente, al perder autonomía, estabilidad emocional y herramientas de afrontamiento.

El bienestar mental o salud mental, como ya fue mencionado con anterioridad, hace referencia a la capacidad del ser humano de mantener un estado de tranquilidad, el cual le permite, de manera asertiva, hacerles frente a los diferentes desafíos que la vida presenta. Cuando se habla de salud mental, es un error reduccionista conceptualizarla como un estado de alegría impenetrable, más bien, hace referencia a la capacidad resiliente de la persona para poder seguir adelante a pesar de los infortunios.

La enfermedad mental comprende condiciones que van más allá del malestar pasajero, afectando de manera significativa la capacidad de la persona para desenvolverse en su vida cotidiana y en sus relaciones interpersonales (Wampold, 2015). El bienestar mental funciona de manera totalmente contrario, el poseer del mismo significa tener la aptitud de afrontar las adversidades de la vida manteniendo un estado de equilibrio y tranquilidad. Diferenciar ambos conceptos resulta fundamental para evitar confusiones en la práctica clínica y en la formulación de políticas públicas, equiparlos puede invisibilizar la promoción del bienestar y limitar las intervenciones a un enfoque exclusivamente patológico.

A partir de esta distinción conceptual, resulta necesario considerar aquellas manifestaciones que permiten identificar la presencia de malestar psicológico clínicamente relevante. Aunque la salud mental y la enfermedad mental constituyen constructos diferenciados, la disminución del bienestar mental suele asociarse con la aparición de malestar psicológico, el cual puede predisponer al desarrollo de trastornos psicológicos. En este sentido, la evaluación de la sintomatología concreta se convierte en un punto de encuentro entre ambos conceptos, al permitir identificar el grado en que el equilibrio emocional se ve comprometido. Así, el análisis de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés aporta indicadores relevantes sobre el deterioro, o por el contrario, el mantenimiento del bienestar mental, especialmente en contextos de vulnerabilidad psicosocial.

1.2. Sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés

La sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés constituye una dimensión fundamental en el análisis del malestar psicológico, particularmente en contextos caracterizados por condiciones de vulnerabilidad social. De manera específica, en el caso de las mujeres privada de libertad, estas manifestaciones adquieren especial relevancia debido a la exposición prolongadas a estresores ambientales, la separación de redes de apoyo y las restricciones inherentes al entorno penitenciario. Tales condiciones pueden intensificar la carga emocional y favorecer la aparición o mantenimiento de síntomas internalizantes.

En este sentido, los aportes teóricos han evidenciado que la ansiedad y la depresión presentan una elevada comorbilidad y comparten bases estructurales dentro del espectro de los trastornos internalizantes (Hankin et al., 2016). Los modelos dimensionales contemporáneos plantean la existencia de un factor general de internalización que explica la superposición sintomática entre los cuadros clínicos (Snyder et al., 2023). Asimismo, el estrés crónico ha sido señalado como un mecanismo relevante en la activación del mantenimiento de sintomatología ansiosa y depresiva, específicamente cuando las demandas del entorno superan los recursos individuales de afrontamiento (McEwen, Mirsky & Hatch, 2007).

Aunque en el presente estudio la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés se agrupa como una sola variable con fines analíticos, es importante reconocer que cada una presenta características propias que requieren una revisión individual. Esta distinción permite una comprensión más precisa de sus particularidades teóricas y clínicas, así como de sus causas y manifestaciones específicas. Por ello, resulta pertinente abordarlas de forma diferenciada para facilitar una interpretación más integral del fenómeno estudiado.

Sintomatología depresiva

Conceptualización

La sintomatología depresiva ha sido conceptualizada como un conjunto de manifestaciones afectivas, cognitivas y somáticas que reflejan una alteración persistente del estado de ánimo y del funcionamiento general. La depresión constituye un trastorno heterogéneo que se caracteriza regularmente por un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer por cosas que anteriormente sí resultaban placenteras y una serie de síntomas secundarios que afectan de manera significativa las actividades de la vida cotidiana Malhi & Mann (2018). Es necesario comprender a la sintomatología depresiva como una red de síntomas que están relacionados entre sí y que trasciendan las variaciones emocionales normales de una persona y además, configuran un cuadro clínico complejo.

Desde una perspectiva estructural de la psicopatología, la sintomatología depresiva puede entenderse como la sumatoria de síntomas patognomónicos y secundarios, así como criterios de tiempo e intensidad que interactúan entre sí. Para los autores Fried & Cramer (2017) los síntomas depresivos no son meras expresiones pasivas de un trastorno subyacente, sino que mantienen relaciones dinámicas entre ellos, influyéndose mutuamente y configurando distintas formas de manifestación que varían entre pacientes. En virtud de lo anterior, es necesario tener en cuenta el amplio matiz de los síntomas depresivos al reconocer la variabilidad en la forma en que la sintomatología se articula y se refuerza entre sí.

Desde una perspectiva etiológica integradora, la sintomatología depresiva se comprende como el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y ambientales. Los autores Saveanu & Nemeroff (2012) plantean que las alteraciones en los sistemas de regulación emocional y en los círculos neurobiológicos se combinan con experiencias vitales estresantes, traumáticas y vulnerabilidades cognitivas, configurando la expresión particular de los síntomas de cada individuo, de esta manera se explica porque el mismo evento no causa reacciones iguales en todas las personas que lo vivieron.

La sintomatología depresiva constituye un problema de salud pública de alcance global, debido a su impacto significativo en el funcionamiento emocional, social y ocupacional de quienes la experimentan. Cabe agregar que, este conjunto de manifestaciones trasciende las fluctuaciones anímicas propias de la vida cotidiana, implica un estado persistente de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de inutilidad y alteraciones cognitivas y somáticas que afectan diversas áreas del desempeño personal. En función de ello, resulta necesario delimitar conceptualmente la sintomatología depresiva, a fin de comprender sus fundamentos teóricos y las dimensiones que las componen.

En cuanto a antecedentes de investigación en donde se hayan unido las variables de sintomatología depresiva y privación de libertad existe un estudio llevado a cabo en Estados Unidos por Varese, Pelowski, Riedel, & Heiby (1998) donde examinaron la relación entre habilidades cognitivo- conductuales y sintomatología depresiva en 64 mujeres privadas de libertad utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

En dicho estudio resulta especialmente interesante los resultados, los cuales revelaron que el 66% de las participantes presentaba al menos sintomatología depresiva leve. Mediante análisis multivariados, se encontró que las reclusas con alta sintomatología depresiva mostraban puntuaciones significativamente más elevadas en agresión y actitudes disfuncionales, así como puntuaciones más bajas en asertividad y auto refuerzo. Por consiguiente, los autores concluyeron que la evaluación de la depresión en prisión requiere un enfoque multidimensional que

considere tanto los síntomas afectivos como las habilidades psicológicas de las internas.

Por otro lado, siguiendo la línea de antecedentes de investigación del tema a tratar está Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa, & Colorado-Martínez (2009), quienes evaluaron la frecuencia de síntomas depresivos en mujeres recluidas en dos prisiones de Veracruz, México, mediante la Escala de Hamilton, identificando los factores sociodemográficos asociados. Como un resultado llamativo se encontró que la totalidad de la muestra presentaba sintomatología depresiva, con diferencias significativas entre ambos centros penitenciarios.

El análisis de este estudio identificó que la maternidad y la baja frecuencia de visitas se asociaban significativamente con una mayor intensidad de los síntomas, mientras que variables como la edad o el tipo de delito no mostraron asociación estadística. A partir de lo obtenido, los autores determinaron que los programas de readaptación social deben fomentar el contacto permanente con hijos y familiares como medida de protección de la salud mental.

Causas de la sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva puede tener su origen, en primer lugar, en vulnerabilidades cognitivas que predisponen a la interpretación negativa de la experiencia, un ejemplo de esto es lo que se plantea en la teoría de Golonka, Piątek, & Stach (2024) quienes señalan que los esquemáticas disfuncionales y la triada cognitiva negativa (inutilidad, hostilidad y desesperanza) no solo distorsionan la percepción de uno mismo, del mundo y del futuro, sino que además presentan correlatos neuronales que dificultan la inhibición de pensamientos automáticos negativos.

Bajo este contexto, la alienación mencionada en el control cognitivo favorece la rumiación persistente consolidando patrones emocionales depresivos, envolviendo a la persona en un tipo de ciclo perpetuo, así, la forma en que el individuo procesa

la información se convierte en un factor causal clave en el desarrollo y mantenimiento del cuadro sintomático.

Simultáneamente, los autores Sunderland y Siade (2017) evidenciaron que un carente apoyo social inevitablemente incrementa de forma significativa la probabilidad de presentar depresión, siendo el apoyo familiar un factor determinante en adultos de mediana edad. En consecuencia, la carencia de vínculos significativos puede intensificar sentimientos de soledad inutilidad o desesperanza, funcionando como desencadenante o amplificador del malestar. A partir de lo expuesto, la debilidad en las redes de apoyo no solo acompaña la depresión, sino que actúa como un elemento causal relevante en su aparición.

Desde el plano biológico, la depresión también encuentra explicación en alteraciones neuroquímicas que afectan la regulación emocional, tal es el caso de Syvälahti (1994) quien propuso que las desregulaciones en sistemas de neurotransmisores como monoaminas, GABA y glutamato, junto con alteraciones neuroendocrinas pueden contribuir directamente a la aparición de síntomas afectivos y somáticos. Estas disfunciones pueden generar cambios en el estado de ánimo, el sueño y la motivación, configurando una base peligrosa que se presta al desarrollo del trastorno. De este modo, los factores neurobiológicos no solo acompañan la sintomatología, sino que pueden ser grandes participantes activos en su etiología.

Manifestaciones de la sintomatología depresiva

Las manifestaciones de la sintomatología depresiva se expresan en múltiples dimensiones que afectan tanto los procesos mentales como el comportamiento observable de los pacientes. Como se mencionó anteriormente entre las formas más frecuentes de presentación se encuentran el decaimiento, la tristeza generalmente acompañada de llanto fácil, pérdida de interés o placer por actividades previamente disfrutables y una marcada dificultad para concentrarse o tomar decisiones. Dichos síntomas suelen coexistir con sentimientos intensos de inutilidad, culpa excesiva o desesperanza, los cuales distorsionan la percepción que

la persona tiene de sí misma y de su relación con el entorno (Kendler, Gardner & Prescott, 2006).

Además de las manifestaciones internas, la depresión se manifiesta también a través de alteraciones en funciones corporales y patrones de conducta. Es común observar trastornos del sueño, como dificultad para conciliar el sueño o por el contrario un sueño excesivo que no está sujeto a otras razones, así como cambios en el apetito y en el peso corporal, que puede extremar entre los dos polos. También se encuentra un cansancio constante, aun después de descansar, y la reducción significativa de la actividad diaria son expresiones conductuales frecuentes que dificultan la participación regular del individuo.

Otra manifestación conductual evidente para terceros es el aislamiento social, reduciendo progresivamente sus relaciones interpersonales y descuidando responsabilidades fundamentales como estudiar, trabajar, paternar, etc., lo que perpetúa el ciclo de malestar emocional.

La depresión no solo se manifiesta a nivel psicológico, sino que también involucra alteraciones en sistemas cerebrales que regulan el estado de ánimo y la motivación, desde el ámbito de la psicofarmacología clínica. Taurines & Wewetzer (2013) analizan los fundamentos neurobiológicos y las estrategias terapéuticas para los trastornos depresivos, subrayando que la comprensión de los mecanismos de acción de los antidepresivos resulta esencial para intervenir sobre las bases neuroquímicas del trastorno.

Lo expuesto explica que las manifestaciones no solo son evidentes, ni se expresan a través de síntomas, sino que, existen signos que demuestran la existencia de la depresión, los cuales deben ser tratados, preferentemente a nivel psicoterapéutico, pero si el caso lo amerita, a nivel farmacológico. Dicha perspectiva permite entender que el abordaje clínico requiere complementarse con una visión poblacional, la expresión y el tratamiento del trastorno pueden variar según el contexto sociocultural.

En esta línea, Chowdhury (1979) a partir de una encuesta nacional en Bangladesh, documentaron una elevada prevalencia de trastornos depresivos en población adulta, así como una significativa brecha en el acceso al tratamiento. Principalmente, identificaron variaciones culturales en la manifestación sintomática, cierto grupo de personas, a pesar de tener un diagnóstico de depresión, seguían con las actividades cotidianas, por diversas razones, pero sobre todo por cuestión económica, lo que sugiere que los factores sociales y estructurales influyen tanto en la forma en que se experimenta la depresión como en las manifestaciones de la misma.

Sintomatología ansiosa

Conceptualización

Desde una perspectiva diagnóstica, la ansiedad se define como un estado emocional orientado hacia la anticipación de una amenaza futura, acompañado de tensión somática y conductas de evitación. Según (Romanazzo, Mansueto, & Cosci, 2022) señala que los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo y preocupación desproporcionada, así como por alteraciones conductuales asociadas que generan deterioro funcional. Es, además, de suma importancia distinguir entre una ansiedad adaptativa y aquella que se vuelve patológica por su intensidad y persistencia, en la primera los síntomas ansiosos se mantienen siempre y cuando el factor estresor esté presente, en la segunda, aunque el peligro no sea real la preocupación se mantiene.

Por su parte, D. Clark & Beck (2010) explican que la ansiedad se sostiene a través de esquemas cognitivos disfuncionales que favorecen interpretaciones catastróficas de la realidad, los síntomas psicológicos interactúan con manifestaciones somáticas tales como taquicardia o sensación de ahogo. Dicha interacción entre cognición y activación fisiológica refuerza la percepción de amenaza y perpetua el ciclo ansioso, de forma similar a lo que pasa con la sintomatología depresiva, que el trastorno es mantenedor de sí mismo. Además, la ansiedad presenta alta comorbilidad con sintomatología depresiva, lo que exige un

análisis clínico integral, por ello, su conceptualización requiere considerar tanto los procesos cognitivos como las respuestas corporales implicadas.

La sintomatología ansiosa comprende un conjunto de manifestaciones emocionales, cognitivas y fisiológicas que, cuando se presentan de manera persistente e intensa, adquieren relevancia clínica. De acuerdo con (Craske et al., 2017), los trastornos de ansiedad se caracterizan por el miedo excesivo y la preocupación sostenida, lo que genera interferencia significativa en el funcionamiento cotidiano. En efecto, las personas que presentan sintomatología ansiosa cuentan con una activación prolongada de los sistemas de alarma ante la percepción de amenaza incluso en ausencia de peligro real. Por lo que, cuando dicha activación se mantiene en el tiempo, puede afectar el desempeño social, académicos y laborales.

Asimismo, la ansiedad no se limita a una experiencia subjetiva de nerviosismo, sino que involucra procesos fisiológicos y conductuales observables. Según Barlow (2002), los síntomas ansiosos incluyen el área cognitiva, la fisiológica y la conductual, lo que se traduce en una afectación múltiple que impide el funcionamiento regular de una persona. Tal es el caso de contextos de estrés prolongados o de vulnerabilidad psicológica, en estas situaciones la intensidad sintomática puede incrementarse y requerir evaluación clínica específica.

Investigaciones recientes han documentado la elevada prevalencia de trastornos de ansiedad en contextos carcelarios y su estrecha relación con variables propias del entorno penitenciario. Mejía & Ramírez (2020), en un estudio con 532 reclusos de las cárceles Bellavista y Pedregal en Medellín, Colombia, encontraron una prevalencia de ansiedad del 39.5% en el último mes, identificando como principales factores de riesgo la percepción de maltrato por otros internos, la falta de asesoría jurídica y las dificultades en las estrategias de afrontamiento. Estos hallazgos evidencian que el tratamiento únicamente psicoterapéutico de la ansiedad en personas procesadas no serviría de mucho, puesto que, las condiciones ambientales no solo son un factor desencadenante, sino mantenedor.

De manera complementaria, Pflugradt, Allen, & Butler (2022) analizaron la relación entre síntomas de ansiedad y la proximidad a la liberación en mujeres privadas de libertad en Wisconsin, Estados Unidos, encontrando que los niveles de ansiedad aumentaban significativamente conforme se acercaba la salida a la comunidad, especialmente en mujeres más jóvenes. Los hallazgos sugieren que la ansiedad penitenciaria también se encuentra influida por momentos críticos dentro de la trayectoria penal, por lo que está sujeta a cambios de intensidad.

Causas de la sintomatología ansiosa

La ansiedad constituye uno de los fenómenos psicológicos más complejos y prevalentes en la población general, cuya comprensión requiere un abordaje multidimensional que integre factores biológicos, psicológicos y sociales. En las últimas décadas, la investigación ha evolucionado desde modelos uni-factoriales hacia perspectivas más integradoras que consideran tanto la estructura interna del constructo como sus determinantes etiológicos.

Bajo esta perspectiva, resulta fundamental comprender no solo cómo se organiza dimensionalmente la ansiedad, sino también qué factores contribuyen a su desarrollo y mantenimiento a lo largo del ciclo vital. La evidencia actual señala que la ansiedad no puede atribuirse a una única causa, sino que emerge de la compleja interacción entre vulnerabilidades genéticas, experiencias ambientales tempranas y procesos cognitivo: específicos que modulan la respuesta del individuo ante estímulos amenazantes.

La ansiedad desde distintos niveles de análisis ha permitido esclarecer mecanismos subyacentes de sí misma, evidenciando su carácter multifactorial. Desde una perspectiva biológica Gross & Hen (2004) propusieron un modelo de interacción genética y ambiental, demostrando que variaciones en el gen del transportador de serotonina se asocian con mayores niveles de ansiedad en la adultez únicamente cuando se combinan con experiencias tempranas de estrés, este hallazgo sugiere que la predisposición genética no actúa de manera determinista, sino que puede permanecer latente hasta activarse ante condiciones ambientales adversas.

En el plano cognitivo, Allan, Albanese, Short, Raines, & Schmidt (2015) analizaron la estructura factorial de la sensibilidad a la ansiedad, identificando que un modelo compuesto por un factor general vinculado al afecto negativo y factores específicos físicos, cognitivos y sociales explica de manera más precisa la vulnerabilidad a distintos trastornos emocionales. Esta diferenciación permite comprender que la ansiedad puede originarse a través de vías específicas, dependiendo del tipo de temor predominante.

Por su parte, Timpano, Carbonella, Keough, Abramowitz, & Schmidt (2015) evidenciaron que determinados estilos parentales, especialmente el autoritario y el permisivo, se asocian con mayores niveles de sensibilidad a la ansiedad. El estilo permisivo se vinculó principalmente con el componente físico, mientras que el autoritario se relacionó con el componente social, actuando la sensibilidad a la ansiedad como mediadora entre la crianza y los síntomas ansiosos y depresivos. En conjunto, estos hallazgos refuerzan la idea de que la ansiedad surge de la interacción compleja entre factores genéticos, experiencias tempranas y procesos cognitivos específicos.

Manifestaciones de la sintomatología ansiosa

Cabe agregar que las manifestaciones de la ansiedad incluyen síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales que generan malestar clínicamente significativo. El DSM-5 señala que la ansiedad se expresa mediante preocupación excesiva y difícil de controlar, sensación de inquietud o de estar "con los nervios de punta", cansancio constante sin una razón aparente, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (APA, 2022). Específicamente en trastornos como el trastorno de pánico, por ejemplo, pueden presentarse síntomas autonómicos intensos como palpitaciones, sudoración, temblores y sensación de falta de aire, lo que evidencie una activación fisiológica marcada que interfiere en el funcionamiento cotidiano.

Sumado a lo mencionado, según el GIE-11, los trastornos de ansiedad se caracterizan por un patrón persistente de miedo acompañado de síntomas físicos

como taquicardia, sudoración, temblor, molestias gastrointestinales. tensión muscular entumecimientos de manos y pies, entre otros, así como conductas de evitación frente a estímulos percibidos como amenazantes (WHO, n.d.) Simultáneamente, el manual subraya que estas manifestaciones, para que se pueda tomar como síntomas de ansiedad, deben ser desproporcionadas respecto a peligro real y mantenerse en el tiempo, produciendo deterioro en el ámbito social, personal o laboral, lo que confirma su impacto funcional significativo.

Finalmente, la ansiedad se manifiesta mediante sesgos cognitivos hacia la amenaza, hipervigilancia, inquietud y patrones conductuales de evitación que refuerzan el ciclo ansioso. Bajo este mismo enfoque los autores destacan que estos componentes interactúan de manera dinámica, la interpretación catastrófica aumenta la activación corporal, y la evitación impide trabajar de dichas creencias centrales, favoreciendo la prolongación del malestar. Cabe señalar que esta evidencia respalda la comprensión de la ansiedad como un fenómeno integrado que se expresa simultáneamente en los planos cognitivo, fisiológico y conductual Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang (2012).

Sintomatología de estrés

Conceptualización

Desde una perspectiva clínica contemporánea, el estrés crónico se asocia con un deterioro progresivo del bienestar psicológico y físico. Para los autores Schneiderman, Ironson, & Siegel (2005) la exposición prolongada a factores que provoquen estrés puede generar alteraciones emocionales, cognitivas e inmunológicas, comprometiendo la salud integral del individuo. El estrés puede confundirse con ansiedad o viceversa, pero la sintomatología no se presenta de la misma forma, esta incluye tensión persistente, problemas de memoria, cambios en el apetito y trastornos del sueño, reflejando la sobrecarga de los sistemas adaptativos. El mayor problema es cuando el organismo no logra restablecer el equilibrio, estas respuestas dejan de ser funcionales, de esta manera, el estrés crónico se convierte en un factor de riesgo relevante para la salud mental.

Desde una formulación clásica, Selye (1936) describió el estrés como una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier demanda, proponiendo en su teoría el Síndrome General de Adaptación compuesto por las fases de alarma, resistencia y agotamiento. En la fase de agotamiento emergen síntomas físicos y psicológicos persistentes, tales como fatiga extrema, irritabilidad y respuesta desproporcionada.

La conceptualización de Selye permitió comprender que la sintomatología del estrés depende de la intensidad y duración de la activación fisiológica más que del tipo específico de estresor, aunque posterior investigación ha ampliado este modelo, su aporte sigue siendo fundamental para entender la evolución del concepto. Así, el estrés se reconoce como un proceso adaptativo, que hasta cierto punto no solo es normal, sino que incluso es útil, pues sirve como activador para alcanzar objetivos planteados, el inconveniente es que puede transformarse en algo patológico bajo condiciones de exposición prolongada.

La sintomatología del estrés hace referencia al conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales que se activan cuando el individuo percibe que las demandas del entorno superan sus recursos de afrontamiento. A partir de una perspectiva psicobiológica, el estrés implica la activación de sistemas neuroendocrinos y autonómicos orientados a la adaptación frente a la amenaza, por lo que los autores Joëls & Baram (2009) explican que esta activación es inicialmente funcional, pero su mantenimiento prolongado puede generar alteraciones en la regulación emocional y en el funcionamiento cerebral. Cuando la respuesta adaptativa se cronifica, puede afectar la memoria, la toma de decisiones y el equilibrio afectivo.

El estrés no debe entenderse únicamente como un estímulo externo, sino como un proceso dinámico mediado por la evaluación cognitiva del individuo, de este modo en el modelo transaccional, Lazarus & Folkman (1984) plantean que la respuesta de estrés surge cuando la persona valora la situación como amenazante o desbordante de sus recursos personales. Esta valoración influye directamente en la intensidad de los síntomas, que pueden manifestarse como irritabilidad, fatiga,

dificultades de concentración y alteraciones del sueño. Cuando estos síntomas persisten, incrementan la vulnerabilidad a trastornos emocionales como ansiedad y depresión. Así, el estrés se configura como el resultado de la interacción entre demandas ambientales y procesos cognitivos de afrontamiento.

Causas de la sintomatología de estrés

Como se ha planteado con anterioridad las causas del estrés se relacionan con la exposición a demandas que implican un esfuerzo de adaptación significativo, especialmente cuando el individuo percibe que dichas demandas superan sus recursos disponibles. Existen diversas situaciones como la sobrecarga de responsabilidades, presión académica o laboral, conflictos interpersonales persistentes y cambios vitales inesperados constituyen desencadenantes frecuentes. Los eventos vitales estresantes y la acumulación de demandas cotidianas incrementan la probabilidad de respuestas de estrés, particularmente cuando la persona evalúa estas experiencias como amenazantes o difíciles de manejar Hammen (2005).

En determinados contextos, las condiciones ambientales pueden convertirse en fuentes constantes de activación fisiológica y psicológica, como en el caso de ambientes caracterizados por exigencias prolongadas, incertidumbre, limitación de recursos o apoyo social insuficiente. Cuando las circunstancias mencionadas se mantienen en el tiempo, incrementan la probabilidad de que el estrés deje de cumplir una función adaptativa y se convierta en un factor de riesgo para la salud mental y física, especialmente cuando la persona percibe que no dispone de estrategias eficaces de afrontamiento Cohen, Janicki-Deverts, & Miller (2007).

Finalmente, también intervienen variables individuales que modulan la aparición del estrés, tales como los estilos de afrontamiento, los rasgos de personalidad y las experiencias adversas tempranas. También es el caso de las personas con antecedentes de trauma, apoyo social limitado o estrategias de afrontamiento evitativas presentan mayor probabilidad de experimentar respuestas de estrés intensas y prolongadas. En este sentido, las causas del estrés no pueden atribuirse

a un único factor aislado, sino que responden a la interacción entre condiciones ambientales demandantes y características personales que influyen en la capacidad de regulación y adaptación.

Manifestaciones de la sintomatología de estrés

Las manifestaciones del estrés se expresan en una activación fisiológica sostenida que incluye tensión muscular, alteraciones del sueño, fatiga persistente y molestias somáticas inespecíficas. Desde el modelo psicofisiológico, estas respuestas reflejan la activación prolongada del sistema nervioso autónomo ante demandas percibidas como exigentes. Por ello, cuando la activación se mantiene en el tiempo, puede producir un deterioro progresivo del equilibrio orgánico y emocional, afectando el rendimiento y la salud general.

Como muestra una investigación en población universitaria ha descrito que, en el caso de la población del estudio (y para la mayoría de pacientes) estas manifestaciones suelen acompañarse de irritabilidad, dificultad para relajarse y sensación constante de presión interna (Berrío García & Mazo Zea, 2011).

En el plano cognitivo y conductual, el estrés se asocia con dificultades de concentración, pensamiento reiterativo centrado en las demandas externas y disminución en la capacidad de afrontamiento efectivo. También pueden observarse conductas evitativas, bajo rendimiento, en adolescentes sobre todo también se observa una irritabilidad desproporcionada y cambios en los hábitos cotidianos, especialmente en contextos académicos o laborales de alta exigencia. En consecuencia, en medida que el estrés se prolonga, los síntomas dejan de ser adaptativos y comienzan a generar desgaste psicológico significativo, afectando el funcionamiento integral del individuo Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, & Sahebkar (2017).

Aunque el estrés comparte manifestaciones con la ansiedad, como inquietud, activación fisiológica y dificultades de sueño, ambas respuestas no son iguales. En primer lugar, el estrés suele vincularse a demandas externas identificables, en

cambio, la ansiedad implica anticipación persistente de amenaza, incluso en ausencia de un estresor inmediato. Dicha distinción es mencionada por Bayram & Bilgel (2008) los cuales llevaron a cabo un estudio basado en la estructura factorial de la sintomatología ansiosa y de estrés, en donde se demostró que, pese a su solapamiento sintomático, el estrés se caracteriza por tensión crónica e irritabilidad, mientras que la ansiedad se relaciona más con hiperactivación autonómica y miedo anticipatorio.

En conjunto, el abordaje individual de la depresión, la ansiedad y el estrés permite identificar sus particularidades conceptuales y clínicas; sin embargo, en contextos caracterizados por alta vulnerabilidad psicosocial, como es el caso de la población objetivo del presente estudio, los tres se presentan de forma conjunta. Es por ello que, la evidencia empírica señala que existe un solapamiento sintomático considerable entre estos estados emocionales, lo que dificulta su delimitación estricta y exige una comprensión integradora de su estructura subyacente.

Por la razón mencionada, más allá de analizarlos como fenómenos independientes, resulta necesario apoyarse en un modelo teórico que explique tanto sus elementos compartidos como sus componentes diferenciales, en este sentido, el Modelo Tripartito ofrece un marco explicativo pertinente para sustentar la variable de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en el presente estudio.

Perspectiva teórica

La variable de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés del presente estudio se apoya en el Modelo Tripartito propuesto por L. A. Clark & Watson (1991), el cual plantea que la ansiedad y la depresión comparten un componente común denominado afecto negativo. De modo que, este factor engloba emociones como tristeza, culpa, irritabilidad y preocupación y constituye el núcleo explicativo de su frecuente coexistencia clínica. No obstante, el modelo también establece que cada constructo posee características específicas que permiten su diferenciación; la hiperactivación fisiológica se asocia principalmente con la ansiedad, mientras que el bajo afecto positivo se vincula de manera más característica con la depresión.

Desde esta perspectiva teórica, el análisis conjunto de estas dimensiones no implica su homogeneización, sino el reconocimiento de un núcleo compartido junto con elementos distintivos que enriquecen su comprensión. Esto permite integrar los aportes de la literatura sin perder de vista la especificidad de cada sintomatología, lo que resulta clave para una interpretación más precisa dentro del campo clínico y de la investigación psicológica.

En coherencia con el planteamiento teórico, aunque el estrés no se menciona ampliamente dentro del Modelo Tripartito, puede comprenderse como un proceso que incrementa el afecto negativo y favorece estados de activación fisiológica sostenida cuando esta activación se mantiene en el tiempo, puede amplificar la vulnerabilidad emocional y facilitar la manifestación simultánea de síntomas ansiosos y depresivos. Tal como en contextos de alta demanda psicosocial, como el penitenciario, el estrés opera como un factor transversal que intensifica la experiencia de malestar psicológico, de esta manera, el análisis integrado de depresión, ansiedad y estrés permite una comprensión más completa del funcionamiento emocional en mujeres privadas de libertad.

Sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en contextos penitenciarios

La investigación contemporánea sobre las condiciones mentales en contextos penitenciarios ha evidenciado que el encarcelamiento constituye una experiencia psicosocial compleja que trasciende la privación de la libertad. Los estudios clásicos y actuales coinciden en que la prisión es un entorno adverso, caracterizado por el control, la pérdida de autonomía y la ruptura de vínculos sociales significativo, factores que inciden directamente en el área psicológica de las personas encarceladas. En este sentido Liebling & Maruna (2005) sostienen que los efectos del encarcelamiento deben comprenderse desde una perspectiva amplia, considerando las condiciones estructurales y las dimensiones relacionales y simbólicas de la vida en prisión las cuales pueden afectar la salud mental de manera progresiva.

Desde una perspectiva más reciente, la literatura ha profundizado en la forma en que estas condiciones estructurales se traducen en una mayor prevalencia de trastornos mentales dentro de la población penitenciaria. Revisiones sistemáticas han señalado que los niveles de depresión, ansiedad y otros trastornos psicológicos son significativamente más elevados en prisión en comparación con la población general, lo que refleja la interacción entre vulnerabilidades previas y el impacto del entorno carcelario (Prins, 2014).

Sintomatología depresiva, ansiosas y de estrés en mujeres privadas de la libertad

La salud mental de las mujeres privadas de la libertad constituye una preocupación en el ámbito penitenciario, debido a la alta carga de malestar psicológico que presenta esta población. El encarcelamiento actúa como un factor estresor significativo, que puede intensificar problemas emocionales preexistentes y generar nuevas dificultades asociadas al aislamiento, la pérdida de roles sociales y la incertidumbre respecto al futuro.

En el caso de las mujeres privadas de la libertad, la aparición de emociones negativas se ve gravemente amenazada por un contexto concebido para el castigo y la restricción. Covington (2007) señala que el encarcelamiento femenino suele estar acompañado de aislamiento, pérdida de autonomía y acceso limitado a apoyos psicosociales, lo que deteriora progresivamente la salud mental de esta población, la autora enfatiza que estas condiciones resultan especialmente perjudiciales cuando las instituciones penitenciarias no consideran las experiencias previas del trauma que caracterizan a una gran proporción de mujeres encarceladas.

Respecto a las mujeres encarceladas, este grupo presenta tasas significativamente más elevadas de depresión, estrés, ansiedad y trastornos relacionados con el trauma, en comparación tanto con la población general como con los hombres encarcelados. Estas diferencias se explican, en gran medida, por trayectorias vitales marcadas por distintos tipos de violencia. Estudios como el de

Baillargeon, Black, Pulvino, & Dunn (2000) muestran que una proporción considerable de mujeres en prisión cumple criterios diagnósticos de trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias, los cuales tienden a intensificarse durante el encierro. La prisión, lejos de mitigar estas vulnerabilidades, suele profundizarlas.

Desde una perspectiva rehabilitadora, la aparición de sintomatología negativa compromete seriamente los procesos de reinserción social. Butler, Allnutt, Cain, Owens, & Muller (2005) señalan que la falta de acceso a intervenciones psicológicas adecuadas dentro del sistema penitenciario limita las posibilidades de recuperación emocional y adaptación social posterior a la liberación. La ausencia de abordajes terapéuticos sensibles al género y al historial de trauma favorece la persistencia del malestar psicológico, lo que dificulta la reconstrucción de proyectos de vida y aumenta el riesgo de exclusión social tras la salida del sistema carcelario.

Métodos de evaluación

Al momento de evaluar la salud mental, ya sea el bienestar o la sintomatología negativa herramientas de screening son de gran utilidad, un ejemplo de ellas es el General Health Questionnaire (GHQ) se emplean para identificar condiciones psiquiátricas comunes en población general o clínica, con versiones de 18, 28, o 60 ítems que han sido validadas en distintos idiomas y culturas. Estas pruebas ayudan de manera eficiente en la detección de trastornos de origen mental, así como dificultades psicosociales que puedan requerir evaluación diagnóstica más profunda (Andreea C. Brabete, 2014).

Dentro de los modelos de evaluación psicológicos no puede faltar la entrevista clínica estructurada, junto con la observación, ambos son clásicos en la evaluación de la misma. Permiten explicar de forma sistemática los síntomas, la historia personal y el funcionamiento psicológico del paciente. Estos enfoques facilitan la detección de trastornos mentales comunes. Además, proporciona información contextual relevante para el diagnóstico, su efectividad aumenta cuando se combina con pruebas psicométricas.

Los instrumentos y técnicas destinados a la evaluación de la salud mental son amplios, tal es el ejemplo del Inventario de Depresión de Beck, destinado a la evaluación de síntomas depresivos, el cual ha sido validado en múltiples contextos tanto clínicos como culturales (Beltrán, Freyre, & Hernández-Guzmán, 2012). Siguiendo esta misma línea se encuentra el test utilizado en el presente proyecto para la evaluación de la sintomatología negativa, es decir, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) la cual evalúa los tres estados emocionales y como se interrelacionan entre sí (Lovibond & Lovibond, 1995).

Métodos de intervención para el fortalecimiento de la salud mental en mujeres privadas de libertad

A pesar que la población de interés no es tan estudiada, existe un programa creado especialmente para personas con características similares a los perfiles de personalidad que se encuentran en prisión. El TAMAR education Project, es una intervención estructurada para personas vinculadas al sistema de justicia con antecedentes de trauma y problemas de salud mental. Dicho programa es una combinación de psicoeducación sobre el trauma, la educación emocional y actividades terapéuticas grupales. La evidencia indica mejoras en el bienestar psicológico y en la comprensión del impacto del trauma en dicha población (Smoking Cessation Leadership Center, 2023).

Las intervenciones psicológicas y sociales basadas en evidencia en prisiones femeninas incluyen principalmente programas cognitivos conductuales y de apoyo emocional. Estas intervenciones buscan reducir síntomas de depresión, ansiedad y desregulación emocional. Revisiones sistemáticas muestran efectos positivos en el bienestar psicológico de mujeres encarceladas. La adaptación al contexto penitenciario y al género es clave para su efectividad, de modo que, las investigaciones respaldan la implementación como parte de programas integrales de rehabilitación (Ang, Mat Saat, & Shittu, 2025).

En este contexto, si bien la producción científica sobre intervenciones psicológicas dirigidas exclusivamente a mujeres privadas de libertad continúa siendo limitada, la

producción científica internacional ha desarrollado programas orientados a mujeres en situación de alta vulnerabilidad psicosocial que comparten características relevantes con esta población, como experiencias de violencia previa, trauma complejo y exposición sostenida al estrés. Sabri et al. (2021), al describir la intervención “weWomen Plus”, señalan que los programas combinados de apoyo digital y acompañamiento profesional favorecen el empoderamiento y el bienestar emocional de mujeres sobrevivientes de violencia de pareja.

De forma complementaria, las intervenciones breves centradas en el manejo del malestar psicológico en contextos de adversidad han demostrado resultados consistentes en poblaciones femenina expuestas a condiciones extremas. El programa Problem Management Plus ha desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, ha sido evaluado en mujeres afectadas por pobreza, violencia y desplazamiento, lo cual demostró reducciones significativas en síntomas de depresión, ansiedad y estrés generalizado (Dawson et al., 2015). Los autores destacan que el énfasis en resolución de problemas, activación conductual y estrategias simples de afrontamiento permite mejorar el funcionamiento cotidiano de las participantes.

Asimismo, los programas integrales de promoción de la salud dirigidos a mujeres sobrevivientes de violencia interpersonal aportan evidencia relevante para el diseño de intervenciones en prisión. Ford-Gilboe et al. (2024), al evaluar el modelo “iHEAL”, señalan mejoras sostenidas en la salud mental y en la calidad de vida de las participantes, asociadas al fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y al acompañamiento terapéutico continuo. Estos hallazgos respaldan la utilidad de intervenciones que combinan apoyo emocional, validación de la experiencia y empoderamiento personal.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo y enfoque de investigación

La presente investigación se desarrolla bajo un diseño metodológico que permite analizar el bienestar mental y su relación con la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en mujeres privadas de la libertad, mediante la consideración del contexto penitenciario como un entorno real y no controlado. Desde esta perspectiva, la investigación se orienta a describir y analizar estadísticamente las variables sin intervenir en ellas, lo cual resulta coherente con estudios psicológicos en contextos institucionales donde la manipulación experimental no es viable (Kerlinger & Lee, 2000).

Paradigma de investigación

El estudio se sustenta en el paradigma pospositivista, el cual reconoce la existencia de una realidad objetiva, pero admite que su conocimiento es simple imperfecto y susceptible de error. Desde esta perspectiva, se acepta que la medición de los fenómenos psicológico puede verse influenciada por el contexto y por las limitaciones de los instrumentos, sin que ellos invaliden el proceso científico (Hoon, Wong, & Soh, 2001).

Enfoque de la investigación

La investigación adopta un enfoque cuantitativo, debido a que se basa en la recolección de datos numéricos mediante instrumentos psicométricos estandarizados. Este enfoque permite medir de manera objetiva las variables de estudio y aplicar procedimientos estadísticos para analizar sus relaciones. Además, facilita la contrastación de hipótesis y la obtención de resultados verificables, características propias de los estudios cuantitativos en psicología clínica y jurídica (Ishtiaq, 2019).

Diseño de la investigación

El diseño es no experimental, las variables no son manipuladas intencionalmente por el investigador, sino observadas tal como ocurren en su contexto natural. Este tipo de diseño es adecuado cuando existen limitaciones éticas o institucionales para intervenir directamente sobre la población, como sucede en contextos penitenciarios, asimismo, permite analizar fenómenos psicológicos complejos al mantener la validez ecológica del estudio (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007).

Corte de la investigación

El estudio presenta un corte transversal, puesto que la recolección de datos se realiza en único momento temporal. Este tipo de corte permite describir el estado actual de las variables y analizar su relación sin considerar cambios a lo largo del tiempo. Los estudios transversales son comúnmente utilizados en investigaciones descriptivas y correlaciones en psicología y ciencias de la salud (Levin, 2006).

Alcance de la investigación

El alcance de la investigación es del tipo descriptivo y correlacional, busca, por un lado, describir los factores asociados al bienestar mental y la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en la población estudiada y por otro lado analizar la relación estadística entre ambas variables de interés. Este tipo de alcance permite identificar asociaciones significativas sin establecer relaciones de causalidad, lo cual guarda coherencia con los objetivos planteados en (Gómez, 2020).

2.2. Población y muestra

Población

Al momento de la realización de la presente investigación, la población estuvo conformada por aproximadamente 655 mujeres privadas de la libertad. Cabe señalar que, esta cifra no es estática, el contexto penitenciario se caracteriza por el

ingreso y egreso constante de personas sentenciadas. En este marco, se recolectaron diversos datos sociodemográficos relevantes, los cuales permitieron caracterizar a la población de estudio y aportar una visión más integral para el análisis de los resultados.

Muestra

El tamaño de la muestra de esta investigación es de 107 mujeres privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1.

Muestreo

Para la presente investigación se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual, según explica Hernández (2021), se basa en seleccionar la muestra según el interés del entrevistador y la accesibilidad de los participantes, de acuerdo con los objetivos a cumplir. Todas las participantes cumplieron criterios básicos de inclusión que garantizaron la correcta aplicación de los instrumentos, tales como; capacidad de lectoescritura, permanencia en el centro por un periodo mayor a un mes, contar con mayoría de edad, participación voluntaria y entrega del respectivo consentimiento informado.

Caracterización de la muestra

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad

	Mínimo	Máximo	Media
Edad	21	65	36.69

Fuente: elaboración propia

La Tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos correspondientes a la edad de los participantes, lo que evidencia edades que oscilan entre los 21 y 65 años. La media se sitúa en 36.69 años, lo que indica que en promedio la población evaluada se encuentra en la adultez temprana y media.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de características demográficas y familiares

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Soltera	66	61.7%
	Casada	14	13.1%
	Divorciada	9	8.4%
	Viuda	8	7.5%
	Unión Libre	6	5.6%
	Separada	4	3.7%
Tipo de familia	Unipersonal	47	43.9%
	Extensa	29	27.1%
	Monoparental	21	19.6%
	Nuclear	6	5.6%
	Reconstruida	2	1.9%
Relación familiar	Muy buena	59	55.1%
	Buena	33	30.8%
	Regular	10	9.3%
	Mala	3	2.8%
Contacto familiar	Sí	93	86.9%
	No	14	13.1%

Fuente: elaboración propia

Los resultados evidencian que, en cuanto al estado civil, predomina ampliamente la condición de solteras (61,7%), lo cual puede relacionarse con dinámicas familiares menos estables o con redes de apoyo conyugal limitadas. Respecto al tipo de familia, se observa una mayor presencia de familias unipersonales (43,9%) y extensas (27,1%), lo que sugiere configuraciones familiares diversas y, en muchos casos, fragmentadas.

En relación con calidad del vínculo familiar, más de la mitad de las participantes perciben su relación como muy buena (55,1%) o buena (30,8%), lo que resulta relevante al considerar el contexto de privación de libertad. Asimismo, un alto porcentaje mantiene contacto familiar (86,9%), lo cual puede constituirse como un factor protector para la salud mental y un elemento clave en los procesos de adaptación, afrontamiento y futura reinserción social.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de situación penitenciaria

Variabes	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de permanencia (meses)	≤12 meses	49	45.8%
	13-60 meses	31	29.0%
	61-120 meses	12	11.2%
	>120 meses	11	10.3%
Tiempo de sentencia (meses)	≤24 meses	28	26.2%
	25-120 meses	36	33.6%
	121-240 meses	28	26.2%
	>240 meses	11	10.3%

Fuente: elaboración propia

En cuanto al tiempo de permanencia en el centro de rehabilitación social, se observa que la mayoría de las mujeres ha estado privada de la libertad por un periodo igual o menor a 12 meses (45,8%), seguido del grupo con una permanencia entre 13 y 60 meses (29,0%). Esto indica que una parte significativa de la población se encuentra en etapas iniciales o intermedias del encarcelamiento, lo que puede influir en su adaptación al contexto penitenciario y en la manifestación de respuestas emocionales y psicológicas asociadas al encierro.

Respecto al tiempo de sentencia, se evidencia una distribución relativamente homogénea entre los rangos de 25 a 120 meses (33,6%) y de 121 a 240 meses (26,2%), así como un porcentaje similar de sentencias cortas (≤ 24 meses). Esta diversidad en la duración de las condenas sugiere experiencias penitenciarias heterogéneas, las cuales pueden incidir de manera diferenciada en las expectativas de futuro, los niveles de estrés y los procesos de resignificación personal dentro del sistema carcelario.

Tabla 4. Estadístico descriptivo de nivel educativo y ocupacional

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de instrucción	Superior incompleto	51	47.7%
	Secundaria incompleta	27	25.2%
	Primaria incompleta	16	15.0%
	Secundaria completa	6	5.6%
	Superior completo	4	3.7%
	Primaria completa	2	1.9%

Fuente: elaboración propia

Los datos reflejan que la mayoría de las mujeres presenta un nivel educativo medio o inconcluso, destacándose el nivel superior incompleto (47,7%), y la secundaria incompleta (25,2%). Este patrón evidencia trayectorias educativas interrumpidas, lo que podría estar asociado a condiciones socioeconómicas desfavorables, responsabilidades tempranas o contextos de vulnerabilidad previos a la privación de libertad. El bajo porcentaje de educación superior completa (3,7%) refuerza la presencia de limitaciones estructurales en el acceso y permanencia en el sistema educativo.

Tabla 5. Estadísticos de frecuencia de valoración de los servicios y relaciones institucionales

Servicio Institucional	Inadecuada (%)	n	Regular (%)	n	Aceptable (%)	n	Muy adecuada (%)	n
Alimentación	24 (22.4)		64 (59.8)		14 (13.1)		3 (2.8)	
Higiene	29 (27.1)		17 (15.9)		11 (10.3)		48 (44.9)	
Espacios físicos	46 (43.0)		33 (30.8)		25 (23.4)		1 (0.9)	
Sueño y descanso	34 (31.8)		34 (31.8)		25 (23.4)		12 (11.2)	
Relación con internos	6 (5.6)		33 (30.8)		50 (46.7)		16 (15.0)	
Relación con funcionarios	25 (23.4)		40 (37.4)		32 (29.9)		9 (8.4)	
Atención médica	66 (61.7)		30 (28.0)		8 (7.5)		1 (0.9)	
Atención psicológica	70 (65.4)		25 (23.4)		8 (7.5)		1 (0.9)	

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la valoración de los servicios institucionales, se identifican contrastes significativos que reflejan las condiciones de vida al interior del centro penitenciario. En primero lugar los servicios vinculados a la salud presentan los niveles más altos de insatisfacción, donde la atención psicológica y la atención médica concentran el 65,4% y 61,7% de respuestas en la categoría "Inadecuada", respectivamente, evidenciando la insatisfacción en el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria. De igual manera, los espacios físicos son calificados negativamente por el 43,0% de las encuestadas, lo que sugiere condiciones de infraestructura que no cumplen con estándares adecuados.

Por otro lado, la higiene presenta un comportamiento ambivalente, si bien alcanza el mayor porcentaje de valoraciones "Muy adecuada" (44.9%), también registra un 27,1% de percepción inadecuada, lo que podría indicar experiencias subjetivas en el acceso a condiciones higiénicas dentro del centro. En contraste, la relación con las demás internas surge como el aspecto mejor evaluado, acumulando un 61,7% de percepciones positivas entre "Aceptable" y "Muy adecuada", lo que sugiere que las mujeres logran establecer redes de apoyo que podrían funcionar como factores protectores frente al impacto psicológico del encierro.

En cuanto a la alimentación esta es percibida predominantemente como "Regular" por el 59,8% de las encuestadas, reflejando una incompleta satisfacción de las expectativas de calidad. En conjunto, estos resultados evidencian una realidad penitenciaria donde los servicios asistenciales son percibidos con ineficiente,

mientras que los aspectos relacionales emergen como el principal recurso adaptativo de las mujeres, lo que subraya la necesidad de fortalecer políticas públicas que garanticen condiciones dignas y servicios básicos de calidad en los centros de rehabilitación social.

2.3. Técnicas e instrumentos de investigación

Las técnicas de investigación constituyen los procedimientos mediante los cuales se recolecta información relevante para responder a los objetivos del estudio. En investigaciones cuantitativas, el seleccionar adecuadamente las técnicas es un paso importante para garantizar la validez y confiabilidad de los datos obtenidos. Además, permiten sistematizar la información y facilitar su posterior análisis estadístico, especialmente en estudios con poblaciones vulnerables (Zúñiga, Cedeño, & Palacios, 2023).

Las técnicas psicométricas se emplean en la evaluación de constructos psicológicos mediante pruebas estandarizadas que permiten la obtención de datos cuantificables. Estas técnicas son ampliamente utilizadas dentro de la psicología clínica para la medición de variables como conducta, actitudes y estados emocionales. Su aplicación posibilita la comparación de resultados y el análisis estadístico de los datos recolectados (Múñiz, 2018).

Encuesta

La encuesta es una técnica estructurada de recolección de datos que permite obtener información de un grupo de personas a través de preguntas previamente definidas. Su uso facilita la obtención de datos sociodemográficos y contextuales, al contribuir a la caracterización de la población de estudio. Además, permite sistematizar la información para su análisis cuantitativo posterior (Casas Anguita, Repullo Labrador, & Donado Campos, 2003).

Ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica es un instrumento cuyo objetivo es recopilar información básica sobre las características personales y sociales de las participantes. Incluye variables como edad, procedencia, estado civil, tiempo de cumplimiento de condena, actividades y relaciones sociales dentro del centro de privación de libertad. Este instrumento permite contextualizar los resultados psicológicos y realizar análisis descriptivos complementarios (Ato, López, & Benavente, 2013).

Escala Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

La Escala Continuum de Salud Mental en su forma breve (Mental Health Continuum – Short Form, MHC-SF) fue desarrollada por Keyes (2002) con el objetivo de evaluar el bienestar mental desde un enfoque positivo, el cual considera que la salud mental no se limita a la ausencia de psicopatología, sino que incluye el funcionamiento óptimo de la persona. El instrumento permite medir el nivel de bienestar emocional, psicológico y social en población adulta, al ser ampliamente utilizado en investigaciones comunitarias y clínicas.

El MHC-SF está compuesto por 14 ítems, organizados en tres dimensiones: bienestar emocional, bienestar psicológico y bienestar social (Pérez & Palos, 2024). El bienestar emocional evalúa la presencia de afectos positivos y satisfacción con la vida, el bienestar psicológico aborda la autoaceptación, crecimiento personal y propósito de vida, mientras que el bienestar social considera la integración, aceptación y contribución social.

Tabla 6. Distribución de ítems del MHC-SF

Dimensión	Ítems	Número de ítems
Bienestar emocional	1-3	3
Bienestar psicológico	4-8	5
Bienestar social	9-14	6
Total	1-14	14

Fuente: Elaboración propia a partir de Keyes (2005).

La escala utiliza un formato de respuesta tipo Likert de seis puntos, que van desde “nunca” (lo que equivale a 0) hasta “diariamente” (que sería 5), a través de la

evaluación de la frecuencia con la que la persona ha experimentado cada estado durante el último mes. La puntuación total se obtiene a partir de la suma de los ítems, así como de las puntuaciones parciales por dimensión. A mayor puntaje, mayor nivel de bienestar percibido. El instrumento permite tanto una interpretación continua como categórica del estado de salud mental.

Para la interpretación categórica, los autores proponen clasificar a los participantes en estados de salud mental floreciente, moderada o languideciente, en función de la frecuencia reportada en los ítems de bienestar emocional, psicológico y social (Fonte, Silva, Vilhena, & Keyes, 2020). En estudios de alcance descriptivo y correlacional, como el presente, se recomienda el uso de puntuaciones continuas, lo cual facilita el análisis estadístico y la relación con otras variables psicológicas.

Diversos estudios han reportado adecuadas propiedades psicométricas del MHC-SF. En su versión original, el instrumento presenta niveles de consistencia interna elevados, con coeficientes alfa de Cronbach mayores .80 para la escala global y adecuados para cada una de sus dimensiones. Asimismo, se ha evidenciado validez de constructo y validez convergente con medidas de bienestar y psicopatología, lo que permite confirmar su utilidad para evaluar salud mental positiva en distintos contextos culturales.

El MHC-SF ha sido adaptado y validado en múltiples países de habla hispana. En el contexto ecuatoriano, investigaciones recientes han evidenciado una estructura factorial coherente con el modelo teórico original y adecuados a niveles de fiabilidad, lo que respalda su uso en población adulta (Peña et al., 2017). En consecuencia, la versión validada en Ecuador es la utilizada en el presente estudio, para garantizar la pertinencia cultural y la validez de las mediciones realizadas en mujeres privadas de la libertad.

Tabla 7. Fiabilidad del MHC-SF

Dimensión	Fiabilidad prueba original (α)	Fiabilidad prueba aplicada (α)
Bienestar emocional	.80	.70
Bienestar psicológico	.85	.60
Bienestar social	.72	.80
Global	.91	.79

Fuente: Elaboración propia a partir de Peña et al. (2017).

Se presenta niveles aceptables de consistencia interna en la muestra evaluada. La dimensión de bienestar emocional obtuvo un coeficiente omega de .70, el bienestar psicológico un valor de .60 y el bienestar social un coeficiente de .80. a nivel global la escala alcanzó un coeficiente de .79, similar al reportado en la prueba original, lo que respalda su fiabilidad para la evaluación de la salud mental positiva en mujeres privadas de libertad.

Depression Anxiety Stress Scales – 21 (Dass 21)

La escala de Depresión, Ansiedad y Estrés en su versión abreviada de 21 ítems (DASS-21) fue desarrollada por S. H. Lovibond & P. Lovibond (1995) con el objetivo de evaluar estados emocionales negativos asociados a sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. El instrumento ha sido ampliamente utilizado en contextos clínicos y no clínicos, debido a su brevedad y solidez psicométrica. Su aplicación puede resultar pertinente en población penitenciaria femenina, donde la presencia de malestar emocional suele ser elevada.

El DASS-21 está conformado por 21 ítems, distribuidos equitativamente en tres dimensiones: depresión, ansiedad y estrés, cada una compuesta por 7 reactivos. La dimensión de depresión evalúa síntomas como desesperanza y falta de interés, la ansiedad mide activación fisiológica y miedo, mientras que el estrés aborda tensión persistente e irritabilidad. Esta diferenciación permite un análisis específico de los componentes del malestar emocional.

Tabla 8. Distribución de ítems del DASS-21

Dimensión	Ítems	Número de Ítems
Depresión	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	7
Ansiedad	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	7
Estrés	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	7
Total	1-21	21

Fuente: Elaboración propia a partir de Lovibond y Lovibond (1995).

El formato de respuesta es una escala Likert de cuatro puntos, que va desde “nada aplicable para mí” (0) hasta “muy aplicable para mí, o aplicable la mayor parte del tiempo” (3), con el fin de considerar la experiencia durante la última semana. El instrumento cuenta con puntos de corte establecidos que permiten clasificar la severidad de los síntomas en niveles normal, leve, moderado, severo y extremadamente severo (Chávez & Lima, 2022). No obstante, para fines analíticos y correlacionales, es posible trabajar con las puntuaciones continuas, lo que favorece una interpretación más precisa del nivel de sintomatología emocional presente en la población estudiada, especialmente en investigaciones de tipo descriptivo-correlacional.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el DASS-21 presenta adecuados índices de fiabilidad, con valores de alfa de Cronbach (α) superiores a .80 en la mayoría de estudios (Soria-Reyes, Alarcón, Cerezo, & Blanca, 2024). Asimismo, se ha reportado evidencia de validez factorial confirmatoria, al mantener la estructura trifactorial propuesta por los autores originales. Estas características respaldan su uso como instrumento confiable para la evaluación del malestar emocional en distintos contextos socioculturales.

El DASS-21 ha sido adaptado y validado en población peruana, por Cirilo-Acero, Aguirre-Morales, Franco-Mendoza, Tantalean-Terrones, & Livia-Segovia (2025) reportándose adecuados niveles de constancia interna y una estructura factorial sólida con el modelo original. En el presente estudio se emplea esta versión debido a que es la más próxima al contexto ecuatoriano, lo que garantiza la adecuación lingüística y cultural del instrumento para su aplicación en mujeres privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1, para el fortalecimiento de la validez de los resultados obtenidos.

Tabla 9. Fiabilidad de la escala DASS-21

Dimensión	Fiabilidad original (α)	Prueba	Fiabilidad aplicada (α)	prueba
Depresión	.89		.83	
Ansiedad	.85		.85	
Estrés	.84		.81	
Global	.94		.90	

Fuente: Elaboración propia a partir de Cirilo et al. (2025).

La Escala DASS-21 presentó adecuados niveles de consistencia interna en la muestra evaluada. Las subescalas de depresión ($\alpha = .83$); ansiedad ($\alpha = .85$) y estrés ($\alpha = .81$) muestran valores similares a los reportados en la versión original. El puntaje global alcanza un coeficiente alfa de .90, lo que evidencia una fiabilidad excelente y respalda el uso del instrumento para evaluar malestar psicológico en mujeres en situación carcelaria.

2.4. Procedimiento metodológico

La investigación se desarrolló previa autorización de las autoridades del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1. Una vez obtenidos los permisos institucionales correspondientes, se procedió a informar a las participantes sobre los objetivos del estudio, el carácter voluntario de su participación y las consideraciones éticas relacionadas con la confidencialidad y el anonimato de la información. Posteriormente, se solicitó la firma del consentimiento informado, garantizando que las participantes comprendieran el alcance del estudio y sus derechos.

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera presencial, en espacios previamente asignados dentro del centro penitenciario, procurando condiciones adecuadas para favorecer la comprensión de los ítems y la privacidad durante la evaluación. La aplicación de los instrumentos tuvo una duración aproximada de 15 minutos por participante. Durante el proceso, se brindó acompañamiento para resolver dudas relacionadas con la comprensión de los ítems, sin influir en las respuestas emitidas.

Una vez finalizada la recolección de datos, los cuestionarios fueron revisados para verificar su correcto llenado. A continuación, la información obtenida fue codificada y registrada en una base de datos digital, resguardando la identidad de las participantes mediante el uso de códigos numéricos. Los datos fueron almacenados de manera segura y utilizados exclusivamente con fines académicos, respetando los principios éticos de la investigación en población vulnerable. Una vez que el análisis de los instrumentos concluyó fueron devueltos al centro de rehabilitación social, como parte del protocolo de seguridad del mismo.

Análisis estadísticos

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS Statistics versión 25, en una primera fase, se efectuaron análisis descriptivos con el objetivo de caracterizar a la muestra y a los resultados obtenidos a través de los test. Para ello, se utilizó el cálculo de medias, desviaciones estándar, valores mínimos, máximos, curtosis, asimetría y frecuencia en caso de que corresponda. Estos análisis permitieron describir las características sociodemográficas, educativas y penitenciarias de las participantes, así como los niveles de bienestar mental y sintomatología obtenidos a través de las baterías de evaluación.

En una segunda fase, se llevaron a cabo análisis de tipo correlacional, con el propósito de examinar la relación entre el bienestar mental y la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. Para este fin, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, dado que las variables se derivan de puntuaciones totales en escalas validadas (MHC-SF y DASS-21) que se comportan como continuos dimensionales. Es de relevancia mencionar que el nivel de significancia estadística considerado para los análisis fue de $\alpha = .05$, criterio comúnmente utilizado en investigaciones dentro de este ámbito de la psicología. La mayoría de resultados obtenidos alcanzaron un nivel de significancia de $p < .01$, lo que indica que las correlaciones encontradas son estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 99%.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se expone el análisis de los resultados que se obtuvieron posterior a la aplicación de la Escala MHC y el test DASS-21 en la población de mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1. Los mismos se presentan a partir de un análisis estadístico descriptivo y correlacional, lo que permite identificar las características principales de las variables estudiadas, así como establecer la existencia o ausencia de relaciones significativas entre ellas. De esta manera, se busca dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación y contrastar las hipótesis formuladas.

3.1. Análisis de frecuencia Escala DASS-21

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de frecuencia test DASS-21

Depresión		
Rango	Frecuencia	Porcentaje
Normal	22	20.6%
Leve	19	17.8%
Moderada	33	30.8%
Severa	11	10.3%
Extremadamente severa	22	20.6%
Total	107	100.0%
Ansiedad		
Normal	30	28.0%
Leve	8	7.5%
Moderada	27	25.2%
Severa	12	11.2%
Extremadamente severa	30	28.0%
Total	107	100.0%
Estrés		
Normal	13	12.1%
Leve	9	8.4%
Moderada	27	25.2%
Severa	25	23.4%
Extremadamente severa	33	30.8%
Total	107	100.0%

Fuente: elaboración propia

La presente tabla expone los estadísticos de frecuencia derivados de la aplicación del test DASS-21 en una muestra de 107 participantes. En cuanto a la categoría de depresión, se puede observar una distribución con cierta variabilidad entre las

categorías. El nivel moderado tiene la mayor proporción de casos, con un 30,8% (33 mujeres). Resulta llamativo que los extremos de la escala presentan el mismo porcentaje: un 20,6% se ubica en el rango normal y un idéntico 20,6% se clasifica en el nivel extremadamente severo, lo que es llamativo a nivel clínico. Esta configuración sugiere una heterogeneidad en la muestra respecto a la sintomatología depresiva.

En lo que respecta a la ansiedad, los datos muestran una tendencia hacia la polarización. Las categorías normal y extremadamente severas alcanzan cada una un 28,0% (30 ppl en cada caso), mientras que el nivel moderado agrupa al 25,2% (27 entrevistadas). La categoría leve, por el contrario, presenta la frecuencia más baja con un 7,5% (8 mujeres). En total, más de la mitad de la muestra (53,2%) se sitúa en rangos que van de moderado a extremadamente severo, lo que indica una presencia significativa de sintomatología ansiosa con tendencia a manifestarse con intensidad considerable.

La subescala de estrés es la que presenta los indicadores más elevados. La categoría extremadamente severa concentra el 30,8% (33 participantes), lo que constituye el porcentaje más alto entre todas las dimensiones y categorías del instrumento. Le sigue el nivel severo con un 23,4% (25 entrevistadas) y el moderado con un 25,2% (27 entrevistadas). Las categorías de menor intensidad, normal y leve, agrupan apenas al 12,1% y 8,4% respectivamente. Este patrón evidencia que el estrés percibido por las participantes tiende a manifestarse predominantemente en los niveles más altos de la escala.

El análisis conjunto de las tres dimensiones del DASS-21 revela una presencia considerable de sintomatología en rangos clínicos. La acumulación de porcentajes en las categorías severa y extremadamente severa en depresión, ansiedad y estrés constituye un hallazgo que merece atención. Estos resultados proporcionan una base descriptiva interesante en cuanto al campo de la salud mental en contextos de privación de la libertad, específicamente en mujeres en dicha situación.

3.2. Análisis descriptivo Escala MHC-SF

Tabla 11. Estadísticos descriptivos Escala MHC-SF

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	Asimetría	Curtosis
Bienestar Emocional	0	15	11.6	3.4	-1.5	1.8
Bienestar Social	4	30	19.7	5.6	-.51	.32
Bienestar Psicológico	2	25	21.4	4.2	-2.3	6.63

Fuente: elaboración propia

Al observar la dimensión de bienestar emocional, que se refiere a la presencia de emociones positivas y satisfacción con la vida, encontramos una media de 11,6 puntos y una desviación estándar de 3.4. Los puntajes oscilaron entre un mínimo de 0 y un máximo de 15, lo que de entrada nos indica que, si bien existe un espectro amplio de experiencias, el promedio se sitúa en la parte alta de la escala. Esta impresión se confirma al mirar el coeficiente de asimetría negativo (-1.5), que nos habla de una clara tendencia de las respuestas a agruparse hacia los valores superiores.

Dentro de la misma dimensión, la curtosis, con un valor de 1.8, es positiva, lo que sugiere que la distribución de los datos es un poco más puntiaguda de lo que se espera en una curva normal, en otras palabras, hay una concentración de casos en cuanto a la media y menos casos en los extremos de lo que sería habitual. La curtosis refleja que, aunque hay participantes que reportan un bienestar emocional bajo (como lo evidencia el mínimo de 0), la mayoría se inclina por puntuaciones altas, reflejando un estado afectivo positivo generalizado en el grupo.

Al analizar el bienestar social, que mide la percepción de la propia vida en comunidad, se observó un comportamiento diferente. La media obtenida fue de 19.7 puntos, con una desviación estándar de 5.6, la más alta de las tres escalas. Esto ya advierte de una mayor heterogeneidad en las respuestas. El rango observado va desde los 4 hasta los 30 puntos, cubriendo casi todo el espectro posible. La asimetría (-0.51) es negativa, pero mucho más cercana a cero que en

los casos anteriores, lo que sugiere una tendencia solo leve hacia las puntuaciones altas. Por su parte, la curtosis (0.32) es muy baja y se aproxima a la normalidad.

En conjunto, estos estadísticos revelan que, si bien el promedio general es positivo y se ubica en un nivel intermedio-alto, existe una variabilidad mucho más pronunciada entre las participantes. Es decir, en la dimensión social del bienestar, encontramos una diversidad mayor de experiencias, con algunas mujeres reportando niveles muy altos de integración y aceptación social, y otras con percepciones notablemente más bajas.

Finalmente, El bienestar psicológico, el cual evalúa aspectos como la autoaceptación, el crecimiento personal y el propósito en la vida, el panorama es aún más revelador. La media asciende a 21.4 puntos, la más alta de las tres dimensiones si consideramos su rango posible (de 2 a 25). La desviación estándar de 4,2 indica una variabilidad moderada, pero lo más llamativo son los coeficientes de forma, la asimetría es fuertemente negativa (-2.3), evidenciando una abultada concentración de las puntuaciones en el extremo superior de la escala.

La curtosis de la dimensión del bienestar psicológico, por su parte, alcanza un valor de 6.63, lo cual es considerablemente alto, lo que indica que las puntuaciones no solo se agrupan hacia arriba, sino que lo hacen de manera muy compacta alrededor de la media, formando una distribución con un pico muy pronunciado. Dicho de otro modo, las mujeres de esta muestra presentan, de forma mayoritaria y consistente, niveles muy elevados de funcionamiento psicológico positivo, con muy pocos casos que se desvíen hacia la zona baja de la escala. La presencia de un mínimo de 2 puntos, sin embargo, nos recuerda que existen casos particulares con necesidades significativas en esta área.

En síntesis, el análisis descriptivo de la escala MHC-SF nos revela un perfil de bienestar positivo en la muestra, aunque con matices importantes según la dimensión que observemos. Existe una tendencia general hacia puntuaciones elevadas, especialmente en el área psicológica, donde la uniformidad es mayor. El bienestar emocional también es alto, aunque con un poco más de dispersión. Y es

en el bienestar social donde encontramos los datos más variados, con opiniones y percepciones que difieren más de una persona a otra. Estos resultados nos invitan a profundizar en los factores que podrían estar modulando estas diferencias, particularmente en el ámbito social, dentro del contexto específico de privación de libertad.

3.3. Análisis descriptivo Escala DASS-21

Tabla 12. Estadísticos descriptivos Escala DASS-21

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	Asimetría	Curtosis
<i>Depresión</i>	0	20	8.65	4.82	.54	-.424
<i>Ansiedad</i>	0	21	9.25	5.74	.18	-1.06
<i>Estrés</i>	0	20	10.57	4.67	-.16	-.74

Fuente: elaboración propia

La Tabla 12 muestra los estadísticos descriptivos obtenidos en la escala DASS-21, considerando las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés. En primer lugar, se puede observar que en las tres dimensiones los valores mínimos son de 0, mientras que los máximos se ubican entre 20 y 21, lo que evidencia que las mujeres evaluadas presentan valores ubicados en la máxima superior y en el mínimo inferior, por lo que, dentro de la muestra existen tanto participantes sin presencia de sintomatología como otros con niveles elevados. En este sentido, los datos reflejan una variabilidad importante en las respuestas, lo que sugiere que la población no es homogénea, además, se puede considerar que los resultados son representativos de distintas intensidades sintomatológicas.

En relación con las medias, se identifica que la dimensión de estrés presenta el valor más alto ($M = 10.57$), seguida de ansiedad ($M = 9.25$) y depresión ($M = 8.65$). A partir de ello, se podría interpretar que el estrés es la manifestación con mayor presencia en la muestra, pero si hablamos de intensidad, el hecho de que la ansiedad haya presentado el rango descrito demuestra que los niveles que presentan las mujeres van desde severo hasta extremadamente severos, siendo los mismos muy altos. En conjunto, estos resultados permiten observar que, si bien las tres dimensiones están presentes, su distribución varía entre las participantes.

Finalmente, al analizar la forma de la distribución, los valores de asimetría y curtosis aportan información relevante. La depresión presenta una asimetría positiva (.54), lo que indica una mayor concentración de casos en niveles bajos con algunos puntajes altos. En el caso de la ansiedad, la asimetría es cercana a cero (18), lo que sugiere una distribución bastante equilibrada. Por su parte, el estrés presenta una ligera asimetría negativa (-16), evidenciando una leve tendencia hacia valores más altos. En cuanto a la curtosis, los valores negativos en las tres dimensiones indican distribuciones más aplanadas que la normal. Esto implica que los datos no se concentran fuertemente en la media, sino que se distribuyen de manera más dispersa. En general, los resultados muestran una distribución sin sesgos extremos, pero con variabilidad en la sintomatología emocional.

3.4. Correlación entre variables

Tabla 13. Correlaciones entre la Escala Continuum de Salud Mental y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés -21

		Escala Continuum de Salud Mental				Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés			
		BE	BS	BPs	TOTAL	D	A	E	TOTAL
Escala Continuum de Salud Mental	Bienestar Emocional (BE)	1	.468**	.519**	.766**	-.484**	-.395**	-.393**	-.466**
	Bienestar Social (BS)		1	.495**	.792**	-.261**	-.294**	-.220*	-.287**
	Bienestar Psicológico (BPs)			1	.872**	-.268**	-.325**	-.324**	-.338**
	TOTAL				1	-.392**	-.407**	-.377**	-.434**
Escala Depresión.	Depresión (D)					1	.733**	.701**	.891**
	Ansiedad (A)						1	.761**	.928**
	Estrés (E)							1	.899**
	TOTAL								1

Fuente: elaboración propia

Análisis de la correlación

En primer lugar, al examinar las relaciones internas dentro de la Escala MHC-SF, se observa un patrón de asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre todas sus dimensiones. La relación entre el bienestar emocional y el bienestar psicológico es moderada-alta ($r = .519$, $p < .01$), lo mismo que la existente entre el bienestar emocional y el bienestar social ($r = .468$, $p < .01$). El bienestar social y el psicológico también se asocian de forma positiva ($r = .495$, $p < .01$). Estos valores indican que, si bien cada dimensión evalúa un aspecto distintivo del bienestar, todas ellas forman parte de un constructo unitario y coherente, de modo que un aumento en una de las facetas suele acompañarse de un aumento en las otras.

En cuanto a las correlaciones entre las dimensiones del MHC-SF y la DASS-21, se identifica una estructura de relaciones inversas, tal como lo plantea la teoría. Es decir, a mayores puntuaciones en bienestar, menores niveles de depresión, ansiedad y estrés. La dimensión que presenta las asociaciones negativas más marcadas es el bienestar emocional, particularmente con la depresión ($r = -.484$, $p < .01$). Le siguen, en orden de magnitud, sus correlaciones con ansiedad ($r = -.395$, $p < .01$) y con estrés ($r = -.393$, $p < .01$). Este hallazgo resulta coherente si se considera que el bienestar emocional evalúa la presencia de afectos positivos y satisfacción vital, elementos opuestos a la sintomatología emocional negativa.

Por su parte, el bienestar psicológico también mantiene correlaciones negativas significativas con las tres subescalas del DASS-21, siendo la más relevante con ansiedad ($r = -.325$, $p < .01$), seguida de estrés ($r = -.324$, $p < .01$) y depresión ($r = -.268$, $p < .01$). Esto sugiere que aspectos como la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito vital pueden actuar como factores protectores frente al malestar psicológico. El bienestar social muestra el mismo patrón direccional, aunque con coeficientes de menor magnitud, presentando correlaciones con depresión ($r = -.261$, $p < .01$), ansiedad ($r = -.294$, $p < .01$) y estrés ($r = -.220$, $p < .05$). Esta diferencia podría indicar que la percepción de integración social, si bien es relevante, tiene una relación menos intensa con la sintomatología en comparación con las dimensiones emocional y psicológica.

Finalmente, se confirma una fuerte consistencia interna dentro de la escala DASS-21, evidenciada por correlaciones positivas elevadas y significativas entre sus dimensiones. La asociación más alta se observa entre ansiedad y estrés ($r = .761$, $p < .01$), seguida de depresión con ansiedad ($r = .733$, $p < .01$) y depresión con estrés ($r = .701$, $p < .01$). Asimismo, las correlaciones con el puntaje total son particularmente altas, lo que respalda la existencia de un constructo general de malestar emocional. Estas magnitudes son esperables, dado que las tres dimensiones comparten una base común, aunque no son equivalentes, lo que justifica su diferenciación conceptual.

Debido a que existe una correlación negativa moderada entre el bienestar emocional y la depresión ($r = -.484$), así como entre bienestar emocional y estrés ($r = -.393$), esto resulta consistente con investigaciones previas que reportan asociaciones inversas entre bienestar psicológico y sintomatología depresiva. Un ejemplo de esto es el estudio realizado en población adulta en Perú, donde se encontró una correlación negativa significativa entre depresión y bienestar psicológico ($r = -.596$, $p < .01$), indicando que mayores niveles de depresión se asocian con menor bienestar (Solis Cama, 2023). De manera similar, una investigación realizada en Ecuador reportó correlaciones negativas entre bienestar psicológico y estrés ($r = -.413$, $p < .01$), confirmando que el incremento del bienestar se relaciona con una reducción del malestar emocional Sinchiguano Ñacata (2025).

En conjunto, estos resultados permiten sostener que la relación inversa entre bienestar y malestar psicológico se mantiene estable en distintos contextos y poblaciones, aunque con variaciones en la magnitud de las asociaciones según la dimensión analizada. En el caso particular de las mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1, se observa que el componente afectivo del bienestar, es decir, el bienestar emocional, es el que presenta los vínculos más sólidos con la reducción de la sintomatología, especialmente la depresiva.

Comprobación de hipótesis

Con el objetivo de determinar la existencia de relaciones entre el bienestar mental y la sintomatología depresiva, ansiosas y de estrés en mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Tungurahua N.1, se procede a contrastar las hipótesis planteadas a partir de los resultados de análisis correlacional realizado.

Hipótesis nula (H_0): No existe relación entre la salud mental positiva evaluada a través de la Escala MHC-SF y el malestar psicológico evaluado mediante la Escala DASS-21.

Hipótesis alternativa (H_1): Existe relación entre la salud mental positiva evaluada a través de la Escala MHC-SF y el malestar psicológico evaluado mediante la Escala DASS-21.

Resultado: se obtuvo una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa ($r = -0.434$, $p < .01$).

Decisión: se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

CONCLUSIONES

- En relación con el objetivo general, orientado a analizar la asociación entre el bienestar mental y la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés, los resultados confirman la existencia de una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa entre las puntuaciones totales de ambas variables ($r = -0.434$; $p < .01$). Esto significa que, en la muestra estudiada, a mayores niveles de bienestar mental positivo, se registran menores niveles de malestar psicológico, validando la naturaleza inversa de esta relación.
- Respecto al primer objetivo específico, se logró consolidar un marco teórico que sustenta el estudio de la salud mental, basado en la Psicología Positiva de Seligman y el Modelo Tripartito de Watson y Clark, permitió validar que el bienestar y la sintomatología negativa (depresión, ansiedad y estrés) son dimensiones distintas pero vinculadas por el afecto.
- En cuanto al segundo objetivo específico, los análisis descriptivos ofrecen un panorama aparentemente paradójico, pero de gran riqueza interpretativa. Por un lado, se observan medias elevadas en bienestar psicológico ($M = 21.4$; $DE = 4.2$), bienestar emocional ($M = 11.6$; $DE = 3.4$) y bienestar social ($M = 19.7$; $DE = 5.6$). Por otro lado, las frecuencias del DASS-21 revelan que más del 60% de la muestra presenta niveles moderados a extremadamente severos de depresión y estrés, y casi el 70% en ansiedad. Esta coexistencia evidencia la complejidad de la salud mental en contextos de encierro y la necesidad de abordajes integrales.
- Finalmente, en relación con el tercer objetivo específico, el análisis correlacional detallado permitió identificar que la asociación negativa más fuerte se da entre el bienestar emocional y la depresión ($r = -0.484$; $p < .01$), lo que subraya la centralidad de los afectos positivos como recurso protector frente a los estados depresivos. Asimismo, las correlaciones la elevada comorbilidad y la interrelación estrecha entre estos tres tipos de malestar psicológico en la población penitenciaria femenina. En conjunto, estos

hallazgos permiten concluir que el bienestar mental y el malestar psicológico son constructos inversamente relacionados, cuyas dimensiones específicas interactúan de forma diferenciada, ofreciendo pistas valiosas para el diseño de futuras intervenciones.

RECOMENDACIONES

- Sería pertinente que futuras investigaciones amplíen el tamaño de la muestra e incorporen diferentes centros de privación de libertad, con el fin de aumentar la representatividad de los resultados y fortalecer la generalización de los hallazgos.
- El desarrollo de estudios de tipo longitudinal que permitan analizar la evolución de las condiciones mentales a lo largo del tiempo, al contemplar variables como duración de la condena, participación en programas de rehabilitación, tratamiento psicológico y condiciones del entorno penitenciario.
- Se aconseja que las autoridades pertinentes y los equipos técnicos incorporen evaluaciones periódicas de salud mental dentro de los planes de atención integral, con el propósito de detectar oportunamente factores de riesgo y diseñar acciones preventivas que contribuyan a procesos de rehabilitación más efectivos y humanizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Aboaja, A., Blackwood, D., Alvarado, R., & Grant, L. (2023). The mental wellbeing of female prisoners in Chile. *BMC Research Notes* 2023 16:1, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S13104-023-06342-X>
- Acosta, E. (2023). Bienestar Psicológico y Espiritualidad: Factor Protector de la Salud Mental y Calidad de Vida. *REVISTA INSTITUCIONAL TIEMPOS NUEVOS*, 28(30), 140–152. <https://doi.org/10.15658/REV.INST.TIEMPNUEVOS23.12283014>
- Aguiar, F., Barroso, I., Monteiro, M. J., da Conceição Pereira, M., & Caramelo, A. (2024). Psychological well-being in nursing students: relationship with gender and age. *Motricidade*, 20(1), 53–58. <https://doi.org/10.6063/MOTRICIDADE.33978>
- Alfaiate, M., Ramos, L., Morais, A., & Sampaio, F. (2026). Resilience and associated factors within the mental health profile of incarcerated adults in Portugal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 26(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12888-026-07852-1>
- Allan, N. P., Albanese, B. J., Short, N. A., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015). Support for the general and specific bifactor model factors of anxiety sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 74, 78–83. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.003>
- Andreea C. Brabete. (2014). El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1.

- Ang, S. Y., Mat Saat, G. A., & Shittu, O. T. (2025). Prison-based psychological and social interventions to improve the well-being of women prisoners: A systematic review. *Mental Health & Prevention*, 37, 200405. <https://doi.org/10.1016/J.MHP.2025.200405>
- APA. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Retrieved February 23, 2026, from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/ANALES.29.3.178511>
- Baillargeon, J., Black, S. A., Pulvino, J., & Dunn, K. (2000). The disease profile of Texas prison inmates. *Annals of Epidemiology*, 10(2), 74–80. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(99\)00033-2](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(99)00033-2)
- Barlow, D. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2nd ed. *The Guilford Press*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2001-05896-000>
- Barragán Ahmad. (2023, March 21). Visor Redalyc - Bienestar, salud mental óptima y florecimiento: esclareciendo y diferenciando conceptos complejos. Retrieved February 22, 2026, from https://www.redalyc.org/journal/686/68676595009/?utm_source=chatgpt.com
- Bartholomaeus, J., & Strelan, P. (2021). The empowering function of the belief in a just world for the self in mental health: A comparison of prisoners and non-prisoners. *Personality and Individual Differences*, 179, 110900. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110900>

- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667–672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>
- Beltrán, M. del C., Freyre, M. Á., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5–13. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2023). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. *Social Epidemiology*, 137–173. <https://doi.org/10.1093/OSO/9780195083316.003.0007>
- Berrío García, N., & Mazo Zea, R. (2011). Estrés Académico. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(2), 65–82. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Bright, A. M., Higgins, A., & Grealish, A. (2025). Meeting the mental health needs of women in Irish prisons: A qualitative multi-stakeholder perspective to inform healthcare practice. *PLOS ONE*, 20(9), e0332373. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0332373>
- Butler, T., Allnutt, S., Cain, D., Owens, D., & Muller, C. (2005). Mental disorder in the New South Wales prisoner population. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), 407–413. <https://doi.org/10.1080/J.1440-1614.2005.01589.X>
- Caravaca-Sanchez, F., & García-Jarillo, M. (2020). Alcohol, otras Drogas y Salud Mental en Población Femenina Penitenciaria. *Https://Journals.Copmadrid.Org/Apj*, 30(1), 47–53. <https://doi.org/10.5093/APJ2019A15>

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J., & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527–538. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>

Castiglione Boquera, M. (2024). *Estigma y autoestima en contexto penitenciario y medidas de privación de libertad: exploración de los efectos y dimensiones psicosociales y construcción de la identidad social de población reclusa en España*. Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Retrieved from <https://hdl.handle.net/10609/150959>

Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *RIFOP: Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado: Continuación de La Antigua Revista de Escuelas Normales*, ISSN-e 2530-3791, ISSN 0213-8646, Nº 66, 2009 (Ejemplar Dedicado a: El Optimismo), Págs. 43-72, (66), 43–72. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3098202&info=resumen&idioma=ENG>

Chávez, A., & Lima, D. (2022). Association of family typology and dysfunction in families with adolescents from a Mexican population. *Atención Primaria*, 17, 32–45. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>

Chowdhury, A. (1979). Symptomatology of depressive disorders in Bangladesh. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*. Retrieved from <https://scopus.puce.elogim.com/pages/publications/0018768865?origin=scopusAI>

Cilar Budler, L. (2025). Well-Being Unveiled: A Concept Analysis of Mental, Psychological, and Subjective Well-Being. *Health Science Reports*, 8(9). <https://doi.org/10.1002/hsr2.71149>

- Cirilo-Acero, I., Aguirre-Morales, M., Franco-Mendoza, J. M., Tantalean-Terrones, L. J., & Livia-Segovia, J. (2025). Evaluación psicométrica de la escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 42(3), 291–299. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.423.14209>
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. THE GUILFORD PRESS. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2009-20450-000>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological Stress and Disease. *JAMA*, 298(14), 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Covington, S. (2007). *The Relational Theory of Women's Psychological Development: Implications for the Criminal Justice System*.
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H. U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews. Disease Primers*, 3. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Crewe, B., Hulley, S., & Wright, S. (2017). Swimming with the Tide: Adapting to Long-Term Imprisonment. *Justice Quarterly*, 34(3), 517–541. <https://doi.org/10.1080/07418825.2016.1190394>
- Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Kuowei Tay, A., Rahman, A., Schafer, A., & Van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, 14(3), 354. <https://doi.org/10.1002/WPS.20255>

- DeShay, R. A. (2020). Educational and vocational programming in women's prisons: History, gender disparities, and promising progress. In *Women and Prison* (pp. 131–153). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46172-0_9
- Fernández-López Juan Antonio, M. F.-F. y A. C. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Retrieved December 1, 2025, from https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com
- Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E., & Keyes, C. L. M. (2020). The Portuguese Adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form for Adult Population. *Community Mental Health Journal*, *56*(2), 368–375. <https://doi.org/10.1007/S10597-019-00484-8>
- Ford-Gilboe, M., Varcoe, C., Scott-Storey, K., Browne, A. J., Jack, S. M., Jackson, K., ... Perrin, N. (2024). Longitudinal effectiveness of a woman-led, nurse delivered health promotion intervention for women who have experienced intimate partner violence: iHEAL randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *24*(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-023-17578-4>
- Fried, E. I., & Cramer, A. O. J. (2017). Moving Forward: Challenges and Directions for Psychopathological Network Theory and Methodology. *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, *12*(6), 999–1020. <https://doi.org/10.1177/1745691617705892>
- Gabrysch, C., Sepúlveda, C., Bienzobas, C., & Mundt, A. P. (2020). 'Maybe It Is Only in Prison That I Could Change Like This' The Course of Severe Mental Illnesses During Imprisonment – A Qualitative 3-Year Follow-Up Study From Chile. *Frontiers in Psychology*, *11*, 514611. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.01208/BIBTEX>

- García-Vita, M. M., Añaños-Bedriñana, F. T., & Fernández-Sánchez, M. P. (2017). Emotional well-being amongst female inmates in prisons: the relevance of their addictive history and their country of origin. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 19(3), 79. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202017000300003>
- Golonka, K., Piątek, E., & Stach, R. (2024). Study directions and development of cognitive theory of depression. *Psychiatria Polska*, 58(4), 669–680. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/161676>
- Gómez, E. (2020). CORRELATIONAL ANALYSIS OF THE ACADEMIC-PROFESSIONAL FORMATION AND TAX CULTURE OF MARKETING STUDENTS AND BUSINESS MANAGEMENT. *Revista Científica de La Universidad de Cienfuegos*. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n6/2218-3620-rus-12-06-478.pdf>
- Gonçalves, L. C., Endrass, J., Rossegger, A., & Dirkzwager, A. J. E. (2016). A longitudinal study of mental health symptoms in young prisoners: exploring the influence of personal factors and the correctional climate. *BMC Psychiatry*, 16(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0803-z>
- Gross, C., & Hen, R. (2004). Genetic and environmental factors interact to influence anxiety. *Neurotoxicity Research*, 6(6), 493–501. <https://doi.org/10.1007/BF03033286>
- Guido, A., & Arteaga, R. (2024). *Salud mental y tipos de delitos en personas privadas de la libertad: estudio comparado*. PUCE - Ambato. Retrieved from <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/41151>
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(Volume 1, 2005), 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>

- Hankin, B. L., Snyder, H. R., Gulley, L. D., Schweizer, T. H., Bijttebier, P., Nelis, S., ... Vasey, M. W. (2016). Understanding comorbidity among internalizing problems: Integrating latent structural models of psychopathology and risk mechanisms. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 987–1012. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000663>
- Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hidayati, N. O., Suryani, S., Rahayuwati, L., & Widianti, E. (2023). Women Behind Bars: A Scoping Review of Mental Health Needs in Prison. *Iran J Public Health*, 52(2), 243–253. Retrieved from <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research* 2012 36:5, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hoon, K. H., Wong, L. K., & Soh, A. K. (2001). Experimental investigation of a doubler-plate reinforced tubular T-joint subjected to combined loadings. *Journal of Constructional Steel Research*, 57(9), 1015–1039. [https://doi.org/10.1016/S0143-974X\(01\)00023-2](https://doi.org/10.1016/S0143-974X(01)00023-2)
- Hu, L., Fan, X., Tang, Y., Zhan, B., Zhu, Y., & Chen, Y. (2025). El papel mediador de la resiliencia en la relación entre la emocionalidad positiva, el apoyo social percibido y el bienestar psicológico entre estudiantes universitarios: un estudio de métodos mixtos. *SAGE Open*, 15(4). <https://doi.org/10.1177/21582440251385869>

- Ishtiaq, M. (2019). Book Review Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. *English Language Teaching*, 12(5), 40. <https://doi.org/10.5539/ELT.V12N5P40>
- Jiménez, E., Martínez, L., & Alzola, C. (2021). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1). <https://doi.org/10.4321/s1575-06202009000100002>
- Joëls, M., & Baram, T. Z. (2009). The neuro-symphony of stress. *Nature Reviews. Neuroscience*, 10(6), 459–466. <https://doi.org/10.1038/nrn2632>
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2000). *Investigación del comportamiento. Cuarta edición* (Cuarta Edición). Mc Graw Hill. Retrieved from <https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- King, S. E., Smith, H. P., & Ferdik, F. (2025). Incarcerated Women and Mental Illness: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Crime and Delinquency*. <https://doi.org/10.1177/00111287241313340>
- Laurindo, C. R., Leite, I. C. G., & Cruz, D. T. da. (2022). Prevalence and factors associated with anxiety and depressive symptoms in women deprived of liberty in Juiz de Fora-MG, Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva*, 27(12), 4493–4509. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.08952022>

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Appraisal, and coping. *Stress, Appraisal and Coping*, 725. Retrieved from https://books.google.com/books/about/Stress_Appraisal_and_Coping.html?hl=es&id=i-ySQQuUpr8C
- Levin, K. A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), 24–25. <https://doi.org/10.1038/SJ.EBD.6400375>
- Liebling, A., & Maruna, S. (2005). *Introduction: The effects of imprisonment revisited*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/283691788_Introduction_The_effect_s_of_imprisonment_revisited
- Lo, L., Iasiello, M., Carey, M., & van Agteren, J. (2020). Improving the Wellbeing of Female Prisoners via Psychological Skills Training: A Feasibility Study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(15), 1571–1586. <https://doi.org/10.1177/0306624X20928029>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Depression Anxiety Stress Scales. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/T01004-000>
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., ... Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 71(3), 517–528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>

- Mak, V. W. M., Chan, C. K. Y., Kong, H., & Services, C. (2017). Effects of cognitive-behavioural therapy (CBT) and positive psychological intervention (PPI) on female offenders with psychological distress in Hong Kong. *Criminal Behaviour and Mental Health*. <https://doi.org/10.1002/cbm>
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Martínez, G. R. (2025). Entre muros y silencios: el suicidio en personas privadas de la libertad en México: Between walls and silences: suicide among people deprived of liberty in México. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(6), 1098-1104–1098 – 1104. <https://doi.org/10.56712/LATAM.V6I6.4957>
- Martínez Yacelga, A. del R., Hernández Junco, V., Paredes Miranda, K. V., & Pallo Ávila, M. L. (2023). Relación entre la salud mental y la personalidad en personas privadas de la libertad. *Criminalidad, ISSN-e 1794-3108, Vol. 65, Nº. 2, 2023, Págs. 23-41, 65(2), 23–41*. <https://doi.org/10.47741/17943108.481>
- Mayorga, M. G., & Mayorga Lascano, M. (2023). Relación entre depresión y riesgo suicida en adolescentes de Tungurahua. *Axioma: Revista de Docencia, Investigación y Proyección Social., ISSN-e 2550-6684, ISSN 1390-6267, Vol. 1, Nº. 28, 2023 (Ejemplar Dedicado a: Revista Científica de Docencia, Investigación y Proyección Social), Págs. 10-16, 1(28), 10–16*. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9174956&info=resumen&idoma=ENG>
- Mcewen, B. S., Mirsky, A. E., & Hatch, M. M. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. <https://doi.org/10.1152/Physrev.00041.2006>, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

- Mejia, B. M. R., & Ramirez, S. M. R. (2020). The link between anxiety disorders and prison conditions for inmates in Medellín, Colombia, 2014. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(3). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e325651>
- Múñiz, J. (2018). *Introducción A La Psicometría*. Ediciones Pirámide . Retrieved from <https://es.scribd.com/document/423397957/Muniz-Fernandez-J-Introduccion-a-la-Psicometria-Ediciones-Piramide-2018-pdf>
- Park, C. L., Kubzansky, L. D., Chafouleas, S. M., Davidson, R. J., Keltner, D., Parsafar, P., ... Wang, K. H. (2022). Emotional Well-Being: What It Is and Why It Matters. *Affective Science*, 4(1), 10. <https://doi.org/10.1007/S42761-022-00163-0>
- Peña, E., Lima, S., Bueno, G., Aguilar, M., Keyes, C., & Arias, W. (2017). Vista de Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC–SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas* , 11, 223–232. Retrieved from <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/1499/1449>
- Pérez, L. T., & Palos, P. A. (2024). Influencia de la resiliencia y el afrontamiento en salud mental positiva en jóvenes mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 18(2), 13–27. <https://doi.org/10.21500/19002386.6617>
- Pflugrad, D. M., Allen, B. P., & Butler, S. (2022). The Association Between Anxiety and Time to Community Release in a Sample of Incarcerated Women. *Prison Journal*, 102(4), 458–473. <https://doi.org/10.1177/00328855221109817>
- Piñeros María, & Guerra Helen. (2025). *LA VULNERACIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA DIGNIDAD HUMANA*. Universidad Libre, Bogotá.

- Prins, S. J. (2014). Prevalence of mental illnesses in US State prisons: a systematic review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *65*(7), 862–872. <https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201300166>
- Pulido-Criollo, F., Rodríguez-Landa, J. F., & Colorado-Martínez, M. P. (2009). [Sociodemographic factors associated with symptoms of depression in a sample women held at two prisons in Mexico]. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, *26*(3), 209–215. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892009000900004>
- Romanazzo, S., Mansueto, G., & Cosci, F. (2022). Anxiety in the Medically Ill: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 873126. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.873126>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). *La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being*. *55*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037110003-066X.55.1.68>
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Sabri, B., Glass, N., Murray, S., Perrin, N., Case, J. R., & Campbell, J. C. (2021). A technology-based intervention to improve safety, mental health and empowerment outcomes for immigrant women with intimate partner violence experiences: it's weWomen plus sequential multiple assignment randomized trial (SMART) protocol. *BMC Public Health*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-021-11930-2>

- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51–71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents [13]. *Nature*, 138(3479), 32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Sinchiguano Ñacata, J. E. (2025). *Análisis Correlacional entre Bienestar Psicológico, Estrés y Salud Mental en la Población Ecuatoriana* (Universidad Internacional SEK). Universidad Internacional SEK. Retrieved from <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/5749>
- Smoking Cessation Leadership Center. (2023). *Trauma, Addictions, Mental Health, and Recovery (TAMAR) manual (Manual versión 9.29v3)*. University of California, San Francisco. Retrieved from https://smokingcessationleadership.ucsf.edu/sites/smokingcessationleadership.ucsf.edu/files/2023-11/TAMAR_Manual_9.29v3.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Snyder, H. R., Siltan, R. L., Hankin, B. L., Smolker, H. R., Kaiser, R. H., Banich, M. T., ... Heller, W. (2023). The dimensional structure of internalizing psychopathology: Relation to diagnostic categories. *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 11(6), 1044–1063. <https://doi.org/10.1177/21677026221119483>
- Solis Ccama, L. A. (2023). *Depresión y bienestar psicológico en contexto Covid-19 en adultos asistidos de un centro de salud de Lima Metropolitana*. Retrieved from <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6901>

- Soria-Reyes, L. M., Alarcón, R., Cerezo, M. V., & Blanca, M. J. (2024). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in women with breast cancer. *Scientific Reports*, *14*(1), 20473. <https://doi.org/10.1038/S41598-024-68814-9>
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *15*(3), 502–507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Syvälähti, E. K. G. (1994). Biological aspects of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 11–15. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05795.x>
- Taurines, R., & Wewetzer, C. (2013). Depressive disorders. In *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents: Basic Pharmacology and Practical Applications* (pp. 405–416). Springer-Verlag Wien. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1501-5_14
- Timpano, K. R., Carbonella, J. Y., Keough, M. E., Abramowitz, J., & Schmidt, N. B. (2015). Anxiety Sensitivity: An Examination of the Relationship With Authoritarian, Authoritative, and Permissive Parental Styles. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *29*(2), 95–105. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.29.2.95>
- Varese, T., Pelowski, S., Riedel, H., & Heiby, E. M. (1998). Assessment of cognitive-behavioral skills and depression among female prison inmates. *European Journal of Psychological Assessment*, *14*(2), 141–145. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.14.2.141>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/WPS.20238>; JOURNAL: JOURNAL:20515545; WGROU P: STRING: PUBLICATION

- WHO. (2021). ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21. <https://doi.org/10.1186/S12911-021-01534-6>
- WHO. (n.d.). CIE-11. Retrieved February 23, 2026, from 2019 website: <https://icd.who.int/en/>
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva (The spirit level. Why more equal societies almost always do better)*. 315.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal*, 16, 1057. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>
- Zhong, S., Zhu, X., Mellsop, G., Zhou, J., & Wang, X. (2021). Correlates of Presence and Remission of Post-trauma Stress Disorder in Incarcerated Women: A Case-Control Study Design. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 748518. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.748518/BIBTEX>
- Zúñiga, P. I. V., Cedeño, R. J. C., & Palacios, I. A. M. (2023). Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 9723–9762. https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V7I4.7658

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Estimada Sra/rta.

Reciba un atento saludo. Se solicita muy comedidamente su consentimiento para participar en el presente estudio investigativo, el cual tiene como propósito conocer aspectos relacionados con el ámbito de la salud mental de la población en los centros penitenciarios. Cabe indicar que, se guardará estricta reserva y confidencialidad de los resultados. Su aporte es muy significativo y contribuirá al planteamiento de futuras propuestas de intervención.

Anexo 2. Ficha sociodemográfica**DATOS GENERALES**

Nombre: Edad:

Lugar de procedencia:

DATOS SOCIO FAMILIARES

1. Estado Civil

Soltera	Casada	Separada	Divorciada	Unión Libre	Viuda	
---------	--------	----------	------------	-------------	-------	--

2. Señale las personas quienes conforman su familia

<input type="checkbox"/> Esposa	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Otros:						

3. En caso de tener hijos, ¿Cuántos hijos tiene? ____

4. Mantiene contacto con la familia: SI ____ NO ____

5. ¿Cómo calificaría la relación con su familia

Muy Buena	Buena	Regular	Mala	
-----------	-------	---------	------	--

DATOS INSTITUCIONALES6. ¿Cuánto tiempo tiene de permanencia en el centro? ____ años
____ meses ____ días

7. ¿Cuánto tiempo tiene de sentencia? _____

8. Señale con una X, la valoración que le otorgue a los siguientes servicios institucionales:

	Muy adecuada	Aceptable	Regular	Inadecuada
Alimentación				
Espacios físicos				
Higiene				
Sueño y descanso				
Relación con los demás internos				
Relación con funcionarios				
Atención médica				
Atención psicológica				

Contacto con el mundo exterior

9. Recibe visitas SI ___ 2 NO ___

10. ¿Quién la visita?

Familiares	Amistades	Voluntarios	Religiosos	Ninguno	Otros

11. ¿Cada cuánto tiempo recibe visitas? _____

ASPECTO ACADÉMICO Y LABORAL

12. Señale con una X en la opción que corresponda

Instrucción:	Completa	Incompleta
Primaria		
Secundaria		
Superior		
Sin instrucción:		

13. Cuál es su profesión:

14. Ocupación antes del ingreso:

Ocupación dentro de la institución:

15. ¿En qué talleres participa?

Culturales	Deportivos	Artísticos	Educativos	
Manualidades	Psicoeducativos	Recreativo	Ninguno	
Otros:				

16. ¿Cómo calificaría su situación socioeconómica?

Muy Buena		Buena		Regular		Mala	
-----------	--	-------	--	---------	--	------	--

ÁREA DE SALUD

17. ¿Presenta alguna enfermedad? SI ___ NO ___

18. ¿De qué padece?

19. Tiene acceso a servicios de salud SI ____ NO ____

20. Recibe tratamiento SI ____ NO ____

Anexo 3. Plantilla de respuesta de la Escala de Salud Mental Continuum-Short Form (mhc-sf)

Datos de identificación

Nombre:

Edad:

Número de sentencias:

El presente instrumento tiene como propósito determinar el grado de bienestar, emocional, social y psicológico de las personas privadas de libertad.

Instrucciones: Lea el enunciado y responda de acuerdo con la siguiente la escala de respuesta:

0	Nunca
1	1 o 2 veces al mes
2	Aproximadamente 1 vez a la semana
3	Aproximadamente 2 o 3 veces a la semana
4	Casi diariamente
5	Diariamente

N	En el último mes, con qué frecuencia Ud. (se) sintió:	0	1	2	3	4	5
1	Feliz						
2	Interesado(a) en la vida						
3	Satisfecho(a) con la vida						
4	Que tenía algo importante que contribuir a la sociedad						

5	Que pertenecía a una comunidad (por ejemplo, a un grupo social o a su vecindario)						
6	Que nuestra sociedad es un buen lugar, o se está transformando en un mejor lugar, para toda la gente						
7	Que las personas son básicamente buenas						
8	Que la forma en que la sociedad funciona tiene sentido para usted						
9	Que le gustaban la mayoría de las características de su personalidad						
10	Bien manejando las responsabilidades de su vida diaria						
11	Que mantenía relaciones cálidas y de confianza con otras personas						
12	Que había tenido experiencias que lo estimularon a crecer y a transformarse en una "mejor persona"						
13	Seguro de sí mismo para pensar o expresar sus propias ideas y opiniones						
14	Que su vida tenía dirección y significado						

Gracias por su colaboración

Anexo 4. Plantilla de respuesta de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

-
1. Me ha costado mucho descargar la tensión 0 1 2 3
.....
 2. Me di cuenta que tenía la boca seca 0 1 2 3
.....
 3. No podía sentir ningún sentimiento positivo 0 1 2 3
.....
 4. Se me hizo difícil respirar 0 1 2 3
.....
 5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas 0 1 2 3
.....
 6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones 0 1 2 3
.....
 7. Sentí que mis manos temblaban 0 1 2 3
.....
 8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía 0 1 2 3
.....
 9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo 0 1 2 3
.....
 10. He sentido que no había nada que me ilusionara 0 1 2 3
.....
 11. Me he sentido inquieto 0 1 2 3
.....

12. Se me hizo difícil relajarme 0 1 2 3
.....
13. Me sentí triste y deprimido 0 1 2 3
.....
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo. 0 1 2 3
15. Sentí que estaba al punto de pánico 0 1 2 3
.....
16. No me pude entusiasmar por nada..... 0 1 2 3
17. Sentí que valía muy poco como persona 0 1 2 3
.....
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad 0 1 2 3
.....
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico 0 1 2 3
20. Tuve miedo sin razón 0 1 2 3
.....
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido..... 0 1 2 3
-