



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL
POSITIVA EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DE LA CIUDAD DE
AMBATO**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autora:

Cecibel Antonela Subía Guerra

Director:

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Mg.

Ambato – Ecuador

Mayo 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL POSITIVA EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DE LA CIUDAD DE AMBATO

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autora:

Cecibel Antonela Subía Guerra

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Mg.

CALIFICADOR

f.

Juana Rosario Lara Machado, Mg.

CALIFICADOR

f.

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Mg.

CALIFICADOR

Varna Hernández Junco, PhD.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f.

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCE-A

f.

Ambato - Ecuador

Mayo 2022

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **CECIBEL ANTONELA SUBÍA GUERRA**, con CC. **092858790-6**, autora del trabajo de graduación intitulado: “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL POSITIVA EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DE LA CIUDAD DE AMBATO”, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

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 SENESCYT en formato digital una copia de 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 de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, mayo 2022



CECIBEL ANTONELA SUBÍA GUERRA

CC. 092858790-6

AGRADECIMIENTO

A Dios, gracias por lo que has hecho de mí ahora ... en tus manos confío mi mañana.

A mis padres, gracias por ser los pilares fundamentales de mi vida, por apoyarme en mis decisiones y por siempre velar por lo mejor para sus hijos.

A los/as docentes de la Escuela de Psicología de esta prestigiosa Alma Máter, de quienes he aprendido en mi recorrido académico. Para ellos, mi respeto y admiración.

DEDICATORIA

A mis padres: Mario Subía y Amparito Guerra.

A mis hermanos: Yanina y Miguel Ángel.

A mi hija: Bianca Zoë.

A mi compañero de vida y colega: Isaac.

A mis grandes amigos: Verónica y Jean Carlos.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo general establecer la relación entre los factores sociodemográficos y la salud mental positiva en personas privadas de la libertad de la ciudad de Ambato. Para ello, se planteó una investigación de nivel no experimental, de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo y de asociación, de corte transversal en una muestra de 101 personas privadas de libertad. Se usaron dos instrumentos: una Ficha Sociodemográfica Ad Hoc y el Cuestionario de Salud Mental Positiva. Los resultados obtenidos en el análisis estadístico arrojaron un porcentaje relativamente alto de Salud Mental Positiva a nivel global con 65,3%. De acuerdo al análisis de asociación, no existe relación entre los factores sociodemográficos y las características de salud mental positiva en su totalidad, debido a que, las asociaciones tienen valores dentro de lo aleatorio. Sin embargo, la variable número de hijos asociada con el factor actitud prosocial refleja significancia menor que 0,01 ($p = 0,003$), a su vez, la variable conformación del núcleo familiar asociada con el factor autonomía refleja significancia menor que 0,05 ($p = 0,049$). Se concluyó a partir de los resultados, que los niveles de prosocialidad se relacionan de acuerdo a la cantidad de número de hijos, así mismo, la estructura familiar nuclear de los privados de libertad difiere entre los niveles de autonomía.

Palabras clave: factor sociodemográfico, salud mental positiva, privados de libertad.

ABSTRACT

The purpose of this study is to establish the relationship between the sociodemographic factors and positive mental health in people deprived of their liberty in the city of Ambato. The study is a non-experimental research, determined as quantitative with a descriptive, associative and cross-sectional scope, with a sample of 101 persons deprived of liberty. Two instruments were used, the Ad Hoc Sociodemographic Record and the Positive Mental Health Questionnaire. The results obtained in the statistical analysis depict relatively a high percentage of Positive Mental Health at a global level at 65.3%. According to the association analysis, no relationship exists between the sociodemographic factors and positive mental health characteristics as result of the correlations having random values. However, the variable number of children associated with prosocial attitude factor is less than 0.01 ($p = 0.003$), and the variable formation of the family nucleus associated with the autonomy factor is less than 0.05 ($p = 0.049$). It was concluded from the results that the levels of prosociality are related according to the number of children; likewise, the nuclear family structure of those deprived of liberty differs between the different levels of autonomy.

Key words: sociodemographic factor, positive mental health, deprivation of liberty.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	6
1.1. Salud mental	6
1.2. Salud mental positiva	9
1.3. Factores que determinan la salud mental positiva	15
1.4. Salud mental positiva en personas privadas de libertad.....	18
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	20
2.1. Metodología de la investigación	20
2.2. Técnicas e Instrumentos	22
2.2.1. Técnicas.....	22
2.2.2. Instrumentos	22
2.3. Participantes.....	25
2.3.1. Caracterización de la muestra.....	26
2.4. Procedimiento metodológico.....	40
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	41
3.1. Análisis descriptivo de la salud mental positiva	41
3.2. Análisis categorial de la salud mental positiva.....	42
3.3. Análisis de asociación de los factores sociodemográficos y la salud mental positiva.....	45
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS.....	58

INTRODUCCIÓN

Al indagar bibliográficamente sobre el presente estudio, se observa que no existen antecedentes investigativos que asocien las características sociodemográficas de las personas privadas de libertad con la salud mental positiva. Por esta razón, se expondrán estudios independientes relevantes al tema.

En la investigación realizada por Añaños y Jiménez (2016), se estudió y analizó la realidad de 538 mujeres reclusas drogodependientes, pertenecientes al 15% de la población femenina penitenciaria de España, para comprender las características sociodemográficas, la marginación, la exclusión social y la pobreza que las rodea. Los resultados obtenidos por medio de una base de datos en formato SPSS versión 15 (Statistical Package for the Social Sciences) visibilizan que el sistema penitenciario no es efectivo como herramienta para prevenir delitos, debido a que, las mujeres dan testimonio de patrones diferentes de exclusión y marginación social y económica, además, poseen baja educación y trabajos inseguros, y la mayoría de ellas (79,5%) generalmente tienen hijos/as en cuidados de terceros. No obstante, acotan que no hay distinción penitenciaria entre hombres y mujeres en datos internaciones, lo que lleva a la percepción que las mujeres no son cifras relevantes en la población penitenciaria global.

Así mismo, Rodicio-García, Penado y Corrás (2018), analizaron las características sociodemográficas de hombres y mujeres que cumplen penas de prisión en Galicia, España. Se utilizó un cuestionario especial para recopilar datos sobre circunstancias familiares y personales, antecedentes penales, datos educativos y laborales antes y después del encarcelamiento. La muestra de participantes consta de 509 internos, 449 hombres y 60 mujeres, cuya edad media está situada entre 40,45 años. Los resultados revelaron que el 34,2% de los hombres trabajaban en el sector de la construcción antes de ir a prisión, mientras que el 36,4% de las mujeres, se dedicaban a menudo en la industria hotelera (camarera, cocinera). Cabe destacar que, las mujeres predominan en el ámbito educativo dentro de las cárceles (41,7%), a diferencia de los hombres (28,6%), que lo hacen según los estudios elegidos.

En la misma línea, Lira, Varas, Salum y Salum (2017), describieron y analizaron las variables sociodemográficas y delictivas de 174 hombres que han sido condenados por delitos como abuso sexual y/o violación de adultos y de niños menores de 14 años en el Complejo Penitenciario de Valparaíso, Chile. Dentro de los resultados, se describe a los ofensores sexuales como hombres mayoritariamente solteros en edades de entre los 40-49 años, de nivel educacional medio, con niveles moderados y bajos de participación en crímenes. Además, se encontró que las variables investigadas no poseen relaciones significativas, por lo que concluyeron que el grupo de estudio parece tener similitudes con las características de la población general, a diferencia de las que posee el grupo de presos condenados por delitos comunes.

Desde otro punto de vista, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (2018) recopiló información sobre las características sociodemográficas y las condiciones penitenciarias de adultos privados de la libertad desde la perspectiva de esta población. El análisis reveló que las franjas etarias más numerosas fueron de 30 a 39 años (35,3%) y de 18 a 29 años (32,8%). Se encontró que aproximadamente siete de cada diez reclusos afirmaron tener educación básica, y el 19,2% tenía educación media superior. En cuanto al empleo previo a prisión, el 88,6% de presos mencionó haber tenido un trabajo; incluso, el 97% de ellos consideraba ese trabajo como su primordial sustento económico.

Algo semejante ocurre con la investigación realizada por Kaleidos – Centro de Etnografía Interdisciplinaria (2021), donde describe detalladamente la información de los prisioneros, así como el diagnóstico del Sistema Penitenciario del Ecuador mediante la recopilación de datos que constan en la base del Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y a Adolescentes Infractores (SNAI). La información data que la mayor parte de la población penitenciaria son hombres jóvenes de entre 18 y 29 años (39,3%), mayoritariamente mestiza (83,84%) y con un nivel de educación general básica (45,41%). El narcotráfico consta como el delito más común (28,1%), lo que conduce al sobre poblamiento en las cárceles. Sobre todo, este estudio muestra que el impacto psicológico y físico de los encarcelados no garantiza una reinserción social de calidad porque deteriora la salud mental personal y el de la colectividad.

Por otro lado, existen limitadas investigaciones sobre salud mental positiva en poblaciones penitenciarias, debido a que, predominan los estudios en población infantil y académica bajo el modelo teórico de Jahoda sobre las dimensiones de salud mental positiva. Sin embargo, se toma como referencia indagaciones previamente descritas relacionadas con otro tipo de población que ha utilizado el Cuestionario de Salud Mental aplicado en este estudio. A continuación, se presentan los estudios más importantes y relevantes sobre este tema de investigación.

En el estudio realizado por Villamizar y Garzón (2011), se determinó los factores que constituyen la salud mental positiva de una muestra de 30 sujetos desmovilizados en el municipio de Bucaramanga, Colombia, a través del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Llach. Los resultados dentro de un grupo etario entre 25 a 36 años arrojaron porcentajes significativos en satisfacción personal (73.75%), actitud prosocial (71.98%), resolución de problemas y actualización (61.85%) y autocontrol (58%).

Finalmente, Figueroa (2020) centró su estudio en caracterizar las afectaciones de la salud mental por el aislamiento y el abandono familiar en tres hombres adultos de entre 59 a 70 años de la cárcel del municipio de Jamundí, Colombia. La investigación fue realizada desde un enfoque cualitativo por medio de entrevista y del genograma. Desde el modelo de salud mental positiva de Jahoda, se encontró afectaciones en las actitudes hacia sí mismo, la integración y la percepción de la realidad. Una explicación relevante de esta investigación es que estos hombres son discriminados y rechazados socialmente por los delitos cometidos y, por lo tanto, les resulta difícil vincularse afectivamente por el abandono de sus familias.

Situación problémica y planteamiento del problema

Se observa de manera asistemática en un segmento de personas privadas de libertad, mayores obligaciones familiares, menores niveles de educativos, malas condiciones socioeconómicas y de vivienda que afectan su salud mental, donde se evidencia niveles bajos de crecimiento personal, autonomía y autoestima, poca resistencia al estrés, inestabilidad en relaciones interpersonales e interfamiliares y mal manejo de resolución de problemas. En función de lo cual, se considera importante abordar la salud mental positiva como la salud mental asociada al

óptimo funcionamiento personal, que defiende la idea de potenciar sus características natas y promover el pleno desarrollo de sus potencialidades.

A partir de ello, Molina-Coloma, Salaberría y Pérez (2018) refieren que las personas encarceladas con niveles básicos de estudios y de nivel socioeconómico bajo, se caracterizan por tener niveles elevados y desorganizados de ira y hostilidad, baja capacidad de control del comportamiento y, a nivel emocional, presentan una profunda preocupación por las relaciones interpersonales, lo que dificulta la adquisición de medios personales para mantener la salud mental positiva. Ahora bien, al conocer que el encarcelamiento limita las oportunidades de crecimiento personal, los centros penitenciarios cuentan con programas de rehabilitación que posibilitan una mejor calidad de vida una vez sean puestos en libertad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, 2018). Estos programas contribuyen a que los individuos exploren plenamente su potencial a fin de identificar, confrontar y resolver sus problemas.

Por ende, se hipotetiza que existe una relación no identificada entre los factores sociodemográficos y la salud mental positiva en prisión. Precisamente para responder a esta inquietud, es necesario realizar un estudio descriptivo y de asociación, con corte transversal entre los factores sociodemográficos y la salud mental positiva.

Objetivo General

Establecer la relación entre los factores sociodemográficos y la salud mental positiva en personas privadas de la libertad de la ciudad de Ambato.

Objetivos específicos

1. Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con los factores sociodemográficos y la salud mental positiva en personas privadas de libertad.
2. Diagnosticar la condición actual de la salud mental positiva y los factores sociodemográficos en la muestra previamente establecida.
3. Realizar un análisis de asociación entre los factores sociodemográficos y la salud mental positiva.

Para lograr los objetivos planteados, se lleva a cabo una investigación descriptiva y de asociación, de corte transversal en una muestra de 101 personas privadas de la libertad del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua N°1, que se encuentran insertados en el contexto educativo.

Justificación

Este trabajo investigativo, se justifica a consecuencia de no haber encontrado antecedentes investigativos de salud mental vista desde la dimensión positiva en personas privadas de libertad a nivel nacional, sin embargo, investigaciones en estudiantes universitarios citan un estudio realizado en población carcelaria femenina y masculina en la ciudad de Barranquilla (Munar, 2016; Serna, 2016), que no se ha obtenido, en vista de ser una tesis no publicada en el repositorio de la Universidad del Norte -Colombia- y, por ende, no se ha realizado una revisión a profundidad y la discusión pertinente con esta investigación.

De confirmarse la hipótesis propuesta, los hallazgos permitirán tener una claridad sobre la interacción de dichos fenómenos, lo cual, es una contribución significativa al estado del arte actual. También, sirve para comenzar nuevas investigaciones en otros centros penitenciarios de Ecuador, de tal forma, que se profundicen conocimientos y, se formulen nuevas interrogantes relacionadas al tema.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Salud mental

La salud mental es un término ampliamente analizado y estudiado desde diferentes perspectivas, no obstante, para la comprensión de su conceptualización, se parte de la idea concreta de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1946/2018), donde la salud es establecida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 1). Esta fundamentación comprende a la salud como un concepto unificado de bienestar, visto desde todas las esferas donde el ser humano interactúa

Sobre dicha definición, surge la consideración que la salud mental es aquel estado que trasciende la idea de ausencia de trastornos o de enfermedades mentales y, no se interpreta como algo independiente de la salud en general. Por esta razón, los términos salud/enfermedad mental tienen estrecha relación con la acepción de lo negativo y lo positivo, conforme a lo siguiente:

- La perspectiva negativa alude al concepto de enfermedad y sitúa el trabajo de la salud mental bajo el modelo clínico tradicional, que se encarga de atender las patologías mentales acorde a los criterios diagnósticos establecidos en las nosologías psiquiátricas oficiales (Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM) (Lluch, 1999).
- En tanto, la perspectiva positiva fundamenta la definición de salud mental por medio del paradigma de la salud, explicado por la OMS. Ante ello, Lluch (1999) defiende la idea que la perspectiva positiva consiste en promover en el ser humano sus cualidades, así como potenciar el desarrollo máximo de sus recursos psicológicos.

En efecto, el estudio de la salud mental combina ambos conceptos -negativo/positivo- para hacer un mejor uso de los recursos de salud y una mejor comprensión de las necesidades de los individuos y las poblaciones.

En tal sentido, y desde el paradigma de la salud positiva, se define la salud mental bajo otros términos que forman parte de su ideología. De ellos, se destaca lo mencionado por Dunn (1961), quien instauro el término alto nivel de bienestar como método integrado de funcionamiento, que vuelve capaz al individuo de maximizar su potencial, mantenerlo en un equilibrio constante y en una dirección definida dentro del entorno circundante. Esto hace alusión, que la salud mental es una concepción integral que orienta al individuo a preservar un equilibrio en todos sus niveles de desarrollo, lo que le ayuda a desenvolverse con efectividad y a satisfacer ciertas necesidades que mejoren su condición de vida.

Por otra parte, Oramas, Santana y Vergara (2006) sostienen que el bienestar psicológico es determinado a través de la satisfacción personal, puesto que, una correcta operatividad mental surge de las experiencias gratificantes obtenidas de las propias acciones y del reflejo de su estado de ánimo. Como señalan los autores, el concepto de bienestar psicológico constituye un indicador positivo de salud mental que incluye aspectos valorativos y afectivos en diversas áreas de su desarrollo vital.

Por consiguiente, la salud mental permite el desarrollo pleno de las capacidades y habilidades, así como del adecuado desempeño de la persona en la comunidad. A partir de lo expuesto, se plantean como indicadores para evaluar el nivel de funcionamiento y organización de la salud mental los siguientes:

- Calidad de vida, por ejemplo, si el sujeto empieza a brindar mayor importancia a las relaciones con amigos, pareja o familia, alcanza un sentido de pertenencia a un lugar, mantiene un alto autoestima y autoconcepto, logra determinar un bienestar óptimo, pero si estos factores dejan de ser imprescindibles en el diario vivir, el sujeto evidencia un cierto grado de malestar que altera la percepción de ese buen vivir, lo que resulta una falta de bienestar emocional (Omela & Ruíz, 2017).
- Equilibrio en la vida, por ejemplo, si un sujeto establece una equidad física, emocional, social y espiritual, enfrenta las necesidades que su propio bienestar personal le exige, pero si descuida varios aspectos de la vida, desfavorece su salud mental y, por ende, su integralidad (Pacheco, 2003).

- Habilidad para resolver problemas, por ejemplo, hay cierta tendencia a la salud mental si el sujeto experimenta su propia realidad y convierte cada una de sus vivencias en aprendizajes que favorecen la resolución de conflictos internos como externos, pero si el sujeto, al transformar la realidad, fracasa los intentos de resolución de conflictos, empieza a direccionarse hacia la enfermedad mental, lo que trae consigo el surgimiento de problemas personales e interaccionales (Oramas et al., 2006).

Paralelamente, Vaillant (2012) menciona que es una tarea compleja conceptualizar la salud mental por las diferencias interculturales, puesto que, no es acertado considerar que una salud mental promedio a nivel psicopatológico corresponde a tener una condición de vida saludable, además, las concepciones individuales dependen de lo que otras culturas consideran sobre comportamiento saludable, y por ello, se valida su concepto en forma empírica y longitudinal. Es decir, no se considera la salud mental según un solo concepto, puesto que, a medida que trascurren las investigaciones, la sociedad fundamenta la definición de acuerdo al estilo de vida y las necesidades que cada estrato social impone a la significancia de dicho término.

Por consiguiente, es importante señalar los criterios establecidos para la salud mental en el contexto ecuatoriano, los cuales, se exponen en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) propuesto por el Ministerio de Salud Pública [MSP] (2012), donde se enfatiza que:

El modelo comunitario de salud mental permite comprender al individuo en sus dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y políticas; fortalece la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de actividades orientadas al cuidado de la salud mental, la prevención, identificación, manejo y el seguimiento de las personas con trastornos y/o afectaciones mentales en sus comunidades, además, de reducir la estigmatización y discriminación de las personas que estén afectadas por algún trastorno. (p. 48)

Este modelo, se encuentra orientado hacia el manejo efectivo de la salud mental a nivel comunitario y permite la atención oportuna a nivel bio-psico-sociocultural para todo aquel que sufre de enfermedades mentales, al igual que a sus familias. Adicionalmente, este planteamiento

contempla la promoción de la salud mental de la población ecuatoriana encaminada a prevenir problemas y trastornos mentales provenientes de la incapacidad de afrontar la vida.

1.2. Salud mental positiva

Al partir de la concepción que la salud mental ya no es solo una ausencia de patologías y empieza a ser estudiada desde una perspectiva más inclusiva y relativa a un estado de bienestar general del sujeto, surge la ideología conocida como “psicología positiva” que aporta referencias significativas hacia la dinámica salud-enfermedad. Bajo esta determinante, se encuentra la concepción de Seligman (2011/2016), donde alude que el tema de la psicología positiva parte del constructo de bienestar, que se constituye a través del empleo de la emoción positiva, el compromiso, el sentido, las relaciones positivas y el logro, para así lograr maximizar cada una de las actividades personales por sí mismos. Es importante destacar que esta dimensión psicológica aborda aspectos más positivos de la persona que generan bienestar y evitan que trascienda hacia la enfermedad y tenga los mecanismos necesarios para inducir la a salir de ella. Por consiguiente, se determina que la salud mental positiva, se basa en generar al individuo una percepción de bienestar hedónico, alcanzado a partir de la felicidad de satisfacer las necesidades, y el bienestar eudaimónico, logrado con el desarrollo continuo personal de las capacidades, metas y aspiraciones (Oramas et al., 2006; Muñoz et al., 2016; Oramas, 2017). Estos tipos de bienestar traen consigo beneficios personales gratificantes y permiten generar nuevas ideas, comportamientos y actitudes como resultado de una extensa búsqueda de bienestar, a la vez, que se relaciona con el acto de alcanzar metas básicas de vida.

Estas perspectivas de definir la salud mental contemplan ampliamente términos que son culturalmente sensibles e integrales, y que representan, en su mayoría, terminología de promoción de salud mental, como se observa en la Figura 1, a continuación.

Figura 1

Puntos de vistas sobre el concepto de salud mental positiva

Contexto Cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Jahoda en 1958 plantea que la salud mental no es solamente la ausencia de enfermedad sino un estado completo de bienestar físico, psicológico y social, y la separa en tres dominios: a) permite al individuo explotar plenamente su potencial; b) ejercicio del control del individuo sobre su propio ambiente; y, c) ser capaz de identificar, confrontar y resolver problemas. • Murphy en 1978 establece que la definición de salud mental está claramente influenciada por la cultura que la define, por ende, posee diferentes significados que dependen del contexto social, cultural, político y económico.
Tipos de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Leighton y Murphy en 1987 establecen que las personas tienen diferentes estrategias para afrontar los problemas según el tipo de personalidad que poseen. Asimismo, estos rasgos los llevan a desarrollar enfermedades mentales si se los confronta.
Dimensión afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • La salud mental positiva es entendida como un aspecto subjetivo de bienestar. Bradburn en 1965 creó una escala para medir las facetas positivas y negativas del bienestar psicológico.
Enfoque salutogénico	<ul style="list-style-type: none"> • Antonovsky en 1993 propuso el enfoque “salutogénico”, que se caracteriza por la capacidad para afrontar problemas y no en los factores de riesgo que producen enfermedades mentales. Considera el término “sentido de coherencia” al acto de responder flexiblemente a las exigencias de factores estresores.
Resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una salud mental positiva resulta de ser capaz de afrontar los eventos traumáticos o estresantes. Rutter en 1985 concebía la resiliencia como un producto del ambiente y constitución que es un proceso interactivo.
Enfoque psicoanalítico	<ul style="list-style-type: none"> • Propone por salud mental positiva a la capacidad del sujeto para usar su libido en aspectos emocionales, intelectuales y sexuales.
Enfoque de calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • La OMS define calidad de vida como perspectiva de bienestar y abarca la satisfacción de la persona con su estatus social, ambiental, psicológico, espiritual y de salud.

Fuente: Modificado a partir de OMS, 2004, *Promoción de la salud mental*, pp. 22-23.

A pesar de las investigaciones recopiladas, la OMS no ha establecido una definición propia de salud mental positiva. No obstante, de los aportes realizados sobre el tema, se destaca el concepto de salud mental positiva de Jahoda (1958), quien tras la realización de un documento monográfico sobre el estado de salud mental para la *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión Conjunta para la Enfermedad y la Salud Mental), describe seis dominios y subdominios, como se observa en la Figura 2, a continuación.

Figura 2

Criterios del modelo de salud mental positiva de Jahoda

<p>1. Actitudes hacia sí mismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad del yo a la conciencia • Concordancia yo real - yo ideal • Autoestima • Sentido de identidad 	<p>2. Crecimiento y autoactualización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoactualización como motivación por la vida • Autoactualización como implicación por la vida 	<p>3. Integración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio psíquico (yo, ello, superyó - consciente, preconsciente e inconsciente) • Filosofía general sobre la vida • Resistencia al estrés
<p>4. Autonomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregulación • Conducta independiente 	<p>5. Percepción de la realidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción objetiva • Empatía o sensibilidad social 	<p>6. Dominio del entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción sexual • Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre • Adecuación en las relaciones interpersonales • Habilidad para satisfacer las demandas del entorno • Adaptación y ajuste • Resolución de problemas

Fuente: Tomado a partir de Serna, 2016, *Salud mental positiva en estudiantes de psicología*, p. 41.

Por tanto, se estima que existe una adecuada interrelación entre los dominios y los subdominios que evalúan la salud mental positiva, pero lo que resalta primordialmente es la existencia de la supremacía de todos los dominios en el sujeto. Además, Jahoda no comparte el criterio de normalidad, debido a que, reconoce la coexistencia de aspectos sanos y enfermos dentro de la persona, y que predominan unos u otros según la situación (Oramas, 2017). Esta identificación de condiciones sanas y enfermas del individuo nos ayuda a percibir que la salud mental no es estática y las situaciones externas o internas son las causales de la salud o de la enfermedad.

En efecto de lo mencionado, este primer modelo de salud mental positiva proporciona la conceptualización conocida y es considerada un referente para promover la salud mental, a la vez, que se muestra como iniciador del desarrollo de otras propuestas. Karson (1961) hizo su investigación sobre salud mental positiva con el objetivo de identificar los factores de personalidad de segundo orden que determinan poseer una buena o una mala salud mental en las personas, mientras que Wright (1971) y, Harris y Brown (1974) dedicaron sus estudios a

explicar específicamente el concepto de salud mental positiva desde lo planteado por Jahoda (citados en Muñoz et al., 2016). En otras palabras, estas últimas investigaciones fueron las únicas responsables de evaluar, como postula Jahoda, si cumple o no con los seis criterios.

Ante ello, y tras cuarenta años, como parte de su tesis doctoral, Lluch operacionaliza el modelo de Jahoda, valida empíricamente el postulado y construye la Escala de Salud Mental Positiva con seis factores generales que miden diferentes componentes de su modelo (Lluch, 1999). En razón de lo cual, se ha convertido en la primera herramienta psicométrica para la evaluación de la salud mental positiva de forma clara y totalmente fundamenta en la estructura planteada por Jahoda.

Se destaca que, para construir su escala de salud mental positiva, Lluch (1999) efectuó tres estudios planteados bajo métodos psicométricos:

- En el primer estudio, construyó y formuló el análisis psicométrico de un cuestionario de salud mental positiva con 176 ítems a partir del modelo de Jahoda con 16 factores específicas, 11 ítems cada factor. Por medio del índice de homogeneidad, obtuvo como resultado que debían eliminarse o revisarse 28 ítems.
- En el segundo estudio, se perfilaron los resultados anteriores con la utilización del modelo en 6 factores generales con 10 ítems cada factor. Y, se concluyó la reducción del instrumento a 42 ítems en lugar de 60, dado que, la cantidad de ítems en cada factor no fue distribuida equitativamente y, se modificó las conceptualizaciones de los factores.
- Finalmente, en el tercer estudio, se reconfirmaron el uso de los 6 factores generales, sin embargo, en este punto, los ítems disminuyeron a un total de 39, distribuidos de manera irregular, tal como está estructurado en la actualidad, como se observa en la Tabla 1 a continuación.

Tabla 1*Factores generales del modelo de salud mental positiva de Lluch*

Factores generales	Definición
Factor 1: Satisfacción personal	- Autoconcepto - Satisfacción con la vida personal - Satisfacción con las perspectivas del futuro
Factor 2: Actitud prosocial	- Predisposición activa hacia lo social / hacia la sociedad - Actitud social "altruista" / Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás - Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales
Factor 3: Autocontrol	- Capacidad para el afrontamiento del estrés / de situaciones conflictivas - Equilibrio emocional / control emocional - Tolerancia a la ansiedad y al estrés
Factor 4: Autonomía	- Capacidad para tener criterios propios - Independencia - Autorregulación de la propia conducta - Seguridad personal / Confianza en sí mismo
Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización	- Capacidad de análisis - Habilidad para tomar decisiones - Flexibilidad / capacidad para adaptarse a los cambios - Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo
Factor 6: Habilidades de relación interpersonal	- Habilidad para establecer relaciones interpersonales - Empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás - Habilidad para dar apoyo emocional - Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas

Fuente: Tomado de Lluch, 1999, *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*, pp. 210-211.

Con la formulación de dicho instrumento, Lluch ha estimado la salud mental positiva de poblaciones específicas (estudiantes universitarios, trabajadores de salud, gestantes, adultos y adultos mayores, adolescentes, niños), además, ha establecido correlaciones entre variables que explican la salud mental positiva de personas con condiciones médicas específicas (problemas crónicos de salud física, pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia) o para ser validado en otros países (Portugal, México, Colombia) (Muñoz et al., 2016). En sí, la escala de salud mental positiva que formuló Lluch constituye la única escala en español hasta la actualidad con uso práctico.

Sin embargo, dentro del primer lustro del siglo XXI, se han efectuado investigaciones donde integran el término de bienestar psicosocial como sinónimo de salud mental positiva. A partir de lo expuesto, se mencionan los siguientes autores:

- En su estudio, Tengland (2001) compendia la literatura conceptual de la salud mental positiva y establece su definición desde lo holístico, como parte de un conjunto de ocho

habilidades generales que permiten alcanzar objetivos propios, independientemente de las condiciones que atraviese el sujeto, que son las siguientes:

1. Habilidades cognitivas: Memoria, correcta percepción de la realidad, razonamiento epistemológico y lógico práctico.
2. Capacidad para resolver problemas.
3. Flexibilidad y creatividad.
4. Sentimientos, emociones, estados de ánimo y sensaciones: Habilidad general para experimentar emociones y estados de ánimo, empatía y habilidad para amar.
5. Actitudes en relación a uno mismo: Autoconocimiento, autoconfianza y autoestima.
6. Autonomía.
7. Habilidades sociales.
8. Cooperación (citado en Barrera & Flores, 2018).

Cabe resaltar que, la salud mental positiva forja vínculos con la habilidad del sujeto para lograr sus metas si existe concordancia entre lo que desea y lo que realiza junto con sus recursos psicológicos y su autoconocimiento.

- Por su parte, el modelo de Keyes (2005) operativiza la salud mental positiva en tres ámbitos: el bienestar emocional, subjetivo o hedónico que intuye sentimientos de felicidad, intereses y satisfacciones; el bienestar psicológico o eudaimónico que alude al desarrollo potencial de la persona; y el bienestar social que, además, de incluir un funcionamiento óptimo social y comunitario, considera al entorno como fuente de estímulos para el desarrollo personal. Como menciona este autor, la presencia de salud mental implica la relación efectiva entre tres dimensiones, las cuales, contribuyen al desempeño personal y social.

Por lo tanto, la salud mental positiva ha sido estudiada dentro de los años 2000 con apogeo en relación con el bienestar psicológico, sin embargo, aquellos aportes son utilizados dentro de este estudio para comprender con más amplitud la terminología y destacar la gran influencia sobre la vida del sujeto.

1.3. Factores que determinan la salud mental positiva

Para establecer los factores que determinan la salud mental, hay que comprender que, toda persona ha experimentado situaciones adversas en algún momento, que dificultan mantener o alcanzar una salud mental óptima. Estos factores, se conforman por aspectos personales (físicos y psicológicos) y ambientales (sociofamiliares y psicosociales). La literatura hace referencia a aquellos factores que están relacionados con trastornos mentales, no obstante, hay que considerar a aquellos que determinan la salud mental positiva como tal.

El factor personal relevante en la salud mental positiva es la autoestima, definida como la valoración personal del autoconcepto y cuya afectación surge si la persona no cumple con sus propias expectativas dentro del medio circundante. Por ello, Larrota, Sánchez y Sánchez (2016) mencionan que, “la autoestima permea el comportamiento de las personas en relación con su desarrollo” (p. 54). Es decir, las conductas efectuadas en relación con los otros, se amoldan acorde al sentir del sujeto; por esa razón, la autoestima proviene de la percepción interna del sujeto y de la colaboración que ejerza el mundo exterior.

Otro factor personal, es la condición física. Cabe mencionar que, llevar una mala salud física contribuye a una mala salud mental y, a veces, a enfermedades mentales. “Más comúnmente, la mala salud física afecta la autoestima y la capacidad de las personas para alcanzar sus objetivos, lo que conduce a la infelicidad o incluso a la depresión” (The Alberta Teachers' Association [ATA], 2016, párr. 8). De hecho, se afirma que la nutrición y el ejercicio apropiado posiblemente figuran entre las intervenciones más eficaces y rentables en la salud mental positiva.

Por otra parte, el género constituye uno de los factores personales que influyen la salud mental positiva. En específico, la población femenina está claramente referenciada con la posibilidad de tener inconvenientes de salud mental positiva, en base a que el rol femenino está inscrito en la cosmovisión social como inferior al rol masculino a nivel económico, autónomo y de dependencia, incluso, por los problemas que implican fusionar el trabajo fuera de casa con las tareas del hogar y la crianza de los hijos (Esteban et al., 2012). Estas interpretaciones sociales

afectan en gran medida a la satisfacción personal y existe sobrecargo de estrés y ansiedad, lo que dificulta el acceso a una salud mental positiva.

Sin embargo, la comparación de salud mental positiva en hombres y mujeres está ligada a factores ambientales, involucrados tanto a nivel sociofamiliar y psicosocial, desde perspectivas positivas como negativas.

Un factor psicosocial que favorece el mantenimiento de una salud mental positiva es la práctica religiosa. La religiosidad está asociada a una buena salud mental si el sujeto vincula sus pensamientos, sentimientos y acciones con una divinidad que le brinda la confianza y la esperanza que no encuentra en sí mismo si atraviesa momentos de crisis, incluso, esta práctica contribuye al bienestar porque concede implícitamente un propósito en la vida que reestablece las afecciones psicosociales (Rodríguez-Yunta, 2016). El acto de confiarse a una divinidad crea la noción de fortalecimiento del ser, dirigido hacia la búsqueda de bienestar, no solo físico, también, en el ámbito religioso, que permita sentirse pleno y óptimo consigo mismo.

En contraste a lo señalado, hay factores psicosociales que limitan el desarrollo óptimo de la salud mental positiva, entre ellos, el vínculo entre la pobreza y la salud mental positiva. La World Health Organization (OMS, por sus siglas en español, 2014) plantea que los sujetos que viven en países donde existe pobreza tienen una mayor exposición a problemas de salud mental por el aumento de los niveles de estrés, exclusión social, exposición a la violencia y el trauma. En efecto, las consecuencias de la pobreza, se reflejan en la incapacidad de afrontamiento del estrés o de sucesos conflictivos que, a su vez, se involucran con otras dimensiones sociales como la falta de empleo.

También, como precisa la literatura, la falta de un empleo seguro y la reducción de ingresos forman parte de los factores implicados en mantener una salud mental positiva. En realidad, son causantes con efectos nocivos en la salud mental y, por el contrario, es imprescindible que el sujeto encuentre seguridad laboral y una sensación de control en el trabajo para proteger su buena salud mental (OMS, 2014). Este aspecto psicosocial es pieza clave para comprender las

actitudes de desarrollo personal frente a las adversidades y más aún, para cuestionar cómo la persona es capaz de autocontrolarse y encontrar satisfacción en su vida.

La desigualdad étnica es otro factor relevante al valorar la salud mental positiva, puesto que, muchos de los sujetos que demuestran bajos niveles de salud mental son aquellos que han sufrido discriminación racial/étnico tanto por sus ideologías, su vestimenta, sus costumbres y hasta su lingüística, lo que ha traído consigo sentimientos de rechazo y de vergüenza social que contribuyen al estrés psicológico (Secretaría de Salud de México, 2001). A partir de esto, todo aquel acto que genere estrés en el diario vivir es sinónimo de una afectación a la salud mental y, por añadidura, desemboca en desequilibrio emocional, desconfianza en sí mismo y en los demás e incapacidad adaptativa.

Del mismo modo, el ser privado de libertad, estar recluso en un centro penitenciario y permanecer en hacinamiento, también, forman parte de aquellos factores psicosociales que ponen en riesgo la salud mental positiva.

Actualmente, los factores clave del entorno penitenciario que predominan en la salud mental de los reclusos abarcan situaciones como el aislamiento, la falta de estimulación mental, el uso indebido de drogas, los conflictos con el personal penitenciario, el acoso, la falta de contacto familiar, entre otras. Nurse, Woodcok y Ormsby (2003) aluden que “los problemas clave que influyen en la salud mental del personal incluyen la percepción de falta de apoyo de la institución, la cultura laboral negativa, la seguridad del personal y los altos niveles de estrés que aumentan en la estancia, lo que, a su vez, genera mayores niveles de estrés” (p. 2). Como mencionan los autores, simplemente mantenerse en la cárcel resulta una situación alarmante donde emergen problemas a nivel de salud mental; varios de ellos relacionados con experiencias dentro del penitenciario y con conexión social que existe dentro.

Finalmente, lo ideal es tratar las adversidades ocurridas en los centros penitenciarios como entes transformadores de rehabilitación y reinserción social, con prioridad en fomentar las capacidades de las personas sentenciadas penalmente, debido a que, merecen tener una salud mental adecuada al igual que la población general.

1.4. Salud mental positiva en personas privadas de libertad

Sin duda alguna, se conoce que la prisión es aquel lugar que transforma la vida del ser humano, más aún, la permanencia en ella resulta una experiencia difícil de asimilar. El medio ambiente, las reglas, regulaciones y la falta de control personal impactan en la salud mental, pero la literatura perteneciente al tema de personas privadas de libertad no es extensa. Las investigaciones limitan sus textos a hablar sobre el medio penitenciario, más no sobre las personas que residen en ella. Por eso, pocos estudios relatan la salud mental de dicho grupo social y evidencian una serie de trastornos mentales como consecuencia de su deficiencia.

De hecho, si una persona es encarcelada, la sociedad habla enfáticamente sobre el trauma y los efectos consecuentes que genera el encierro. Esta situación provoca una tensión emocional inconmensurable, que desencadena una incapacidad para asimilar y superar las nuevas experiencias, así como la presencia de pensamientos catastróficos y sentimientos de impotencia (Cajamarca, Triana y Jiménez, 2015). Estos problemas de salud mental desestabilizan al sujeto, hacen disminuir su grado de bienestar, obtenido muchas veces desde lo extracarcelario (familia), y ponen en peligro la vida del sujeto por el surgimiento de problemas psicológicos.

Es evidente que las personas privadas de libertad sitúan todos sus problemas mentales personales alrededor de su convivencia intracarcelaria, pero hay que detenerse a pensar con certeza que los mecanismos psíquicos del sujeto están sometidos a una nueva realidad. A nivel cognitivo, el autoconcepto varía por la escasez de autorreconocimiento por las nuevas formas de interacción social, por cómo refleja su ser dentro de esas relaciones y con los significados que le atribuyen (Rodríguez, 2019). La capacidad de análisis del ahora que vive el sujeto es sometido a un proceso de bloqueo, puesto que, invaden nuevos sentimientos, pensamientos y percepciones. Lógicamente, ellos llegan a cuestionar su propia vida y, en su interior, crean la ausencia de expectativas de futuro.

Todos los cambios irreconocibles que experimentan los internos limitan la capacidad de elección, aceptación, autorregulación y de toma de decisiones, a su vez, existe cierta inflexibilidad en aceptar los cambios adaptativos, por lo que el privado de libertad adopta un

pensamiento fatalista junto con un sentimiento de no ser capaz de hacer nada para cambiarlo, que lo deja indefenso mentalmente (Casado-Quintana & Moreno, 2015). Es en esta parte de la vida del interno donde hay que trabajar por prevenir su salud mental, recuperarla y promoverla hacia la perspectiva positiva.

Por ello, a nivel nacional, para garantizar la salud mental positiva en privados de libertad, se pone en práctica las acciones propuestas por el Modelo de Atención Integral en Salud Mental, que los considera como parte del grupo de atención prioritaria, que se benefician de un trato especializado de los servicios públicos y privados a los que tiene derecho de acuerdo con el marco legal vigente. Así mismo, para lograr prevalecer la salud mental positiva dentro de prisión, las personas llevan a cabo acciones de cuidado de sí mismo, de los otros y del entorno donde convive, lo cual, se convierte en un incentivo positivo para su rehabilitación y futura reinserción social.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1. Metodología de la investigación

La presente investigación, se fundamenta en el paradigma post positivista, en el cual, según Ramos (2015), “el investigador forma parte del fenómeno de interés [lo que permite que] el objeto de estudio influya al investigador y viceversa” (p. 11). Es decir, implica que el investigador construya el conocimiento a partir de su opinión, de su reflexión, y analice los resultados a partir de la realidad misma.

Dicho paradigma fue seleccionado para el presente estudio porque busca explicar los fenómenos que interactúan con el objeto de estudio y conocer cómo es la realidad social y humana de estos. En base a lo señalado, la investigación realizada tiene como objetivo establecer la relación entre los factores sociodemográficos y la salud mental positiva en población penitenciaria, para eso es imprescindible utilizar métodos estadísticos para conocer con veracidad los resultados de las variables.

Se realiza un estudio con modalidad cuantitativa, el cual, usa herramientas psicométricas para la obtención de datos estadísticos con la finalidad de responder preguntas investigativas. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), esta modalidad enfatiza “la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico” (p. 4). Esto nos indica que es un enfoque que evalúa los fenómenos por medio de técnicas o instrumentos para así lograr dar solución a la investigación a través de interpretaciones generales que sean significativas. Por consiguiente, se ha seleccionado este enfoque porque el estudio está sustentado en base a los datos obtenidos de los instrumentos evaluativos, lo que nos ayuda a comprender el fenómeno de interés.

La investigación es de tipo no experimental porque busca describir una situación presente en su contexto natural, sin manipular ninguna variable. Además, este nivel de estudio está enfocado en identificar relaciones entre variables a medida que las evalúa en punto específico del tiempo (Hernández et al., 2014). En cuanto a lo anteriormente señalado, se efectúa esta investigación

desde la perspectiva no experimental porque analiza la muestra representativa de personas privadas de libertad para obtener datos que permitan comprender la relación de las variables.

El propósito de su alcance descriptivo es porque recoge información de cada variable y, como mencionan Hernández et al. (2014), “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno sometido a un análisis” (p. 92). Este tipo de alcance nos permite recoger información de cada variable para definir las en base a los conceptos del fenómeno estudiado y sus componentes. Inclusive, la importancia del modelo de estudio en esta investigación radica en conocer las características predominantes de aquellas personas en quienes se recolectan los datos. En ese sentido, nos ayuda a tener la información necesaria para reconocer la aparición del problema.

A la vez, es de alcance de asociación porque permite explorar la relación existente entre dos variables con el fin de identificar si una de ellas influye en la otra. Hernández et al. (2014) detallan que, “para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas, y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones” (p. 93). Por lo cual, es un estudio que nos ayuda a evaluar el vínculo de las variables dentro de la realidad.

Por último, la investigación corresponde a un diseño de corte transversal porque está realizada con datos recolectados en un momento exacto, sin valorar su evolución. Dicho esto, los datos recopilados sucedieron durante un tiempo específico (Hernández et al., 2014). Y, no se han vuelto a recopilar, puesto que, su repercusión es analizada en ese instante. En el caso de este trabajo investigativo, se considera adecuado trabajar con corte transversal porque no es un estudio para realizar un abordaje psicológico sino, más bien, se pretende únicamente determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y la salud mental positiva.

2.2. Técnicas e Instrumentos

2.2.1. Técnicas

Encuesta

La encuesta es un procedimiento investigativo utilizado para recopilar datos, obtener puntos de vista e información de interés sobre una variedad de temas. Es una forma rápida y efectiva de acceder a los datos de una muestra significativa, de la cual, se pretende explicar las características (Casas, Repullo & Donado, 2003). En síntesis, la encuesta es una técnica que favorece la recopilación de datos a través de la facilidad con la que es empleada y analizada.

Técnica psicométrica

La técnica psicométrica es un procedimiento utilizado para medir diferencias entre individuos o las reacciones de ellos en situaciones diferentes a partir de la aplicación de reactivos estandarizados y objetivos. Las técnicas psicométricas están conformadas por ítems a los que los sujetos otorgan una respuesta, y cuyo resultado es establecido a partir del grado de dificultad, duración, expresión o valoración de características o conductas personales (Cayssials y Pérez, 2009). En otras palabras, se trata de aquel procedimiento encargado de valorar características psicológicas mediante el empleo de reactivos que utilizan la medición cuantitativa y/o cualitativa para generar datos estadísticos que aporten a las investigaciones. En específico, este tipo de técnica contribuye a establecer de forma estadística los niveles de salud mental positiva en las personas privadas de libertad para analizarlos de forma objetiva y precisa.

2.2.2. Instrumentos

Ficha sociodemográfica Ad Hoc

Se ha aplicado una ficha sociodemográfica *Ad Hoc* con la finalidad de recopilar los datos relacionados con aspectos sociodemográficos, académicos, laborales, penales, penitenciarios, hábitos y estado de salud general. Anguera, Magnusson y Jonsson (2007) explican que un instrumento *Ad Hoc*, se elabora “para cada estudio con el fin de adaptar totalmente a la conducta y al contexto que interesan” (p. 68). Por lo tanto, la ficha sociodemográfica *Ad Hoc* fue creada

en base a las exigencias de la investigación en curso, con los datos considerados relevantes como complemento de los resultados estadísticos que brindan las pruebas psicológicas.

Cuestionario de Salud Mental Positiva

Se ha aplicado el Cuestionario de Salud Mental Positiva basado en el modelo multifactorial de salud mental positiva planteado por Llach (1999), el cual, mide la salud mental positiva de las personas con un total de 39 ítems que han sido distribuidos en 6 factores: satisfacción personal (8 ítems), actitud prosocial (5 ítems), autocontrol (5 ítems), autonomía (5 ítems), resolución de problemas y autoactualización (9 ítems), y habilidades de relación interpersonal (7 ítems), y cuyos puntajes asignados a las diferentes respuestas son: siempre o casi siempre (valor 4), con bastante frecuencia (valor 3), algunas veces (valor 2), nunca o casi nunca (valor 1); en consideración de que 19 ítems puntúan de manera inversa, como se observa en la Tabla 2 a continuación.

Tabla 2*Distribución de ítems del Cuestionario Salud Mental Positiva*

Factor	Ítem	Preguntas
Satisfacción personal	Ítem n°4 (+)	Te gusta cómo eres
	Ítem n°6 (-)	Te sientes a punto de explorar en este momento de tu vida
	Ítem n°7 (-)	Para ti la vida es aburrida y monótona
	Ítem n°12 (-)	Miras tu futuro con pesimismo
	Ítem n°14 (-)	Te consideras una persona menos importante que el resto de las personas que te rodean
	Ítem n°31 (-)	Creer que eres un/a inútil y que no sirves para nada
	Ítem n°38 (-)	Te sientes insatisfecha/o contigo misma/o
	Ítem n°39 (-)	Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico
Actitud prosocial	Ítem n°1 (-)	A ti te resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas
	Ítem n°3 (-)	Te resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas
	Ítem n°23 (+)	Piensas que eres una persona digna de confianza
	Ítem n°25 (+)	Piensas en las necesidades de los demás
	Ítem n°37 (+)	Te gusta ayudar a los demás
Autocontrol	Ítem n°2 (-)	Los problemas me bloquean fácilmente
	Ítem n°5 (+)	Eres capaz de controlarte cuando experimentas emociones negativas
	Ítem n°21 (+)	Eres capaz de controlarte cuando tienes pensamientos negativos
	Ítem n°22 (+)	Eres capaz de controlarte en situaciones conflictivas de tu vida
	Ítem n°26 (+)	Si estoy viviendo presiones por parte de los demás que son desfavorables, eres capaz de continuar manteniendo tu equilibrio personal, es decir, tu estabilidad
Autonomía	Ítem n°10 (-)	Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti
	Ítem n°13 (-)	Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones
	Ítem n°19 (-)	Te preocupa que la gente te critique
	Ítem n°33 (-)	Te resulta difícil tener tus propias opiniones
	Ítem n°34 (-)	Cuando tienes que tomar decisiones importantes te sientes muy insegura/o
Resolución de problemas y autoactualización	Ítem n°15 (+)	Eres capaz de tomar decisiones por ti misma/o
	Ítem n°16 (+)	Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas que te suceden
	Ítem n°17 (+)	Intentas mejorar como persona
	Ítem n°27 (+)	Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte
	Ítem n°28 (+)	Delante de un problema soy capaz de solicitar información
	Ítem n°29 (+)	Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan
	Ítem n°32 (+)	Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes
	Ítem n°35 (+)	Eres capaz de decir no cuando quieres decir no
Ítem n°36 (+)	Cuando se te presenta un problema intentas buscar posibles soluciones	
Habilidades de relación interpersonal	Ítem n°8 (-)	A ti te resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa/abrazo cuando alguien lo necesite
	Ítem n°9 (-)	Tienes dificultades para establecer relaciones con las demás personas, que sean profundas y satisfactorias
	Ítem n°11 (+)	Creer que tienes mucha capacidad para ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas
	Ítem n°18 (+)	Te consideras “un/a buen/a psicólogo/a”, es decir, “un/a buen/a consejero/a”; las personas vienen a ti cuando tienen problemas
	Ítem n°20 (+)	Creer que eres una persona sociable
	Ítem n°24 (-)	A ti te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás
	Ítem n°30 (-)	Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes

Fuente: Tomado de Villamizar y Garzón, 2011, *Factores de la salud mental positiva en población desmovilizada residente en Bucaramanga*, pp. 67-69.

Para conocer el resultado de cada factor, se realiza la sumatoria de los valores y, se divide por el número de ítems correspondientes; se realiza esa misma acción para conocer la puntuación global, en este caso, se divide por el total de preguntas del cuestionario. Por lo tanto, se clasifican los resultados en tres niveles: bajo (1,0 a 2,0 puntos), medio (2,1 a 3,0 puntos) y alto (3,1 a 4 puntos).

Con relación al *Alpha de Cronbach*, para la creación del Cuestionario de Salud Mental Positiva, Lluch (1999) llevó a cabo su estudio con una muestra de 387 estudiantes de primer y segundo curso de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, y dio como resultado un *Alpha* aceptable en la escala global (0,91); además, la fiabilidad test-retest resultó aceptable en la escala global (0,85).

Tabla 3

Fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva aplicada en el CPL Tungurahua N°1

Escala	Ítems	Alfa
Global	39	0,872

Nota: 101 observaciones

Como se observa en la Tabla 3, de acuerdo con los datos obtenidos con el cuestionario aplicado a este estudio, se obtuvo un coeficiente *Alpha de Cronbach* de 0,872, lo que da a entender una consistencia interna buena de la escala global.

2.3. Participantes

Dentro de la investigación, la población comprende a hombres y mujeres privados de libertad mayores de 18 años del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua N°1, y cuya muestra comprende a 101 privados de libertad.

Para seleccionar a los participantes, se realizó un muestreo de tipo no probabilístico discrecional, en el cual, Requena (2020) manifiesta que “el investigador selecciona a los individuos a través de su criterio profesional” (párr. 2). En efecto, los participantes fueron seleccionados conforme al conocimiento obtenido sobre la población y sobre cómo ha sido su comportamiento en relación con las características analizadas.

Al mismo tiempo, se utilizó el muestreo con criterios de inclusión y exclusión, que abarcan condiciones o características particulares que tiene el sujeto para ser parte de la investigación o que modifica los resultados (Arias-Gómez, Villasís-Keever & Miranda-Navales, 2016). En este estudio, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: 1) Hombres y mujeres ingresados al Centro de Privación de Libertad Tungurahua N°1, 2) Edades entre 18 y 75 años, 3) Que su permanencia en el centro privativo sea de al menos 12 meses antes de la realización de esta investigación, 4) Que se encuentren insertados en el contexto educativo, al menos en educación básica, 5) Que hayan aceptado la participación voluntaria en este estudio y hayan firmado el consentimiento. De igual forma, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: 1) Se excluye los casos que no registren la edad, 2) Que su puesta en libertad sea a 6 meses, 3) Que posea medidas de seguridad que imposibilitan la investigación, 4) Que no complete correctamente los cuestionarios, 5) Que presente problemas de comunicación que impida contestar los cuestionarios.

2.3.1. Caracterización de la muestra

Se presentan los resultados del análisis de variables sociodemográficas, agrupadas en función de datos sociodemográficos, académicos, laborales, penales, penitenciarios, y de actividades de tiempo libre.

Primera sección

Se analizan los resultados obtenidos de los datos sociodemográficas como edad, sexo, lugar de procedencia, instrucción, ocupación, religión, número de hijos, estado civil, y conformación del núcleo familiar. En el caso de las variables cuantitativas, se presentan por la media aritmética (M) y la desviación estándar (Ds); mientras que las variables cualitativas, se presentan con la frecuencia (f) y la representación porcentual (%)

Tabla 4

Análisis estadístico de la edad

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	19	74	33,24	9,684

Nota: 101 observaciones

Con respecto a la variable edad, se encontró que la población penitenciaria bordea una media de 33 años, lo que resulta importante porque buena parte de esta población cursa la etapa de adultez joven. Para corroborar los datos obtenidos, a nivel de territorio internacional, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (2018) establece que su población reclusa bordea un promedio de edad de 35,8 años. En Ecuador, Benavides (2017) informa en su investigación realizada en el Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas N°1 que el rango con mayor porcentaje etario fue de entre 18 a 29 años.

Tabla 5

Análisis estadístico de los datos personales

Variables		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sexo	Masculino	71	70,3%	70,3%
	Femenino	30	29,7%	100%
Lugar de procedencia	Sierra	84	83,2%	83,2%
	Costa	16	15,8%	99,0%
	Colombia	1	1%	100%
Instrucción	Primaria	64	63,4%	63,4%
	Secundaria	25	24,8%	85,1%
	Superior	12	11,9%	100%
Ocupación	Sin repuesta	50	49,5%	49,5%
	Chofer	1	1,0%	50,5%
	Comerciante	2	2,0%	52,5%
	Estudiante	39	38,6%	91,1%
	Jubilado	1	1,0%	92,1%
	Mecánico	3	3,0%	95,0%
	Panadero	1	1,0%	96,0%
	Empleado privado	2	2,0%	98,0%
	Obrero	1	1,0%	99,0%
Asistente judicial	1	1,0%	100%	
Religión	Católica	66	65,3%	65,3%
	Cristiana	22	21,8%	87,1%
	Evangélica	3	3%	90,1%
	Ninguna	10	9,9%	100%

Nota: 101 observaciones

En la variable sexo, hay predominancia de los hombres con un 70,3%, lo que indica que la población masculina es acogida con mayor porcentaje al ámbito educativo. Para corroborar los datos obtenidos, Kaleidos – Centro de Etnografía Interdisciplinaria (2021) manifiesta que la composición de la población penitenciaria ecuatoriana está dividida en un 93.43 % de hombres y un 6.57 % de mujeres; y a nivel internacional, Rodicio-García et al. (2018) indican que la población penitenciaria en España está compuesta por un gran número significativo de varones

(88,21%); lo que cataloga que no hay diferencias poblacionales en cuanto al género a nivel territorial y mundial.

Además, en la variable lugar de procedencia, el 83,2% corresponde a personas originarias de la región sierra, un 15,8% proviene de la costa ecuatoriana y el 1% detalla procedencia extranjera. Esto es corroborado con la investigación nacional realizada por Kaleidos – Centro de Etnografía Interdisciplinaria (2021), donde detallan que el 91,06% de la población penitenciaria es ecuatoriano/a, seguido del 4,92% que proviene de Colombia y el 2,98% de Venezuela. Cabe acotar que algunas personas penitenciarias cumplen su sentencia o proceso judicial en su lugar de procedencia, mientras que otra parte de los reclusos fueron reubicados en el Centro de Rehabilitación por un notable aumento y/o sobrepoblación en otras cárceles del país.

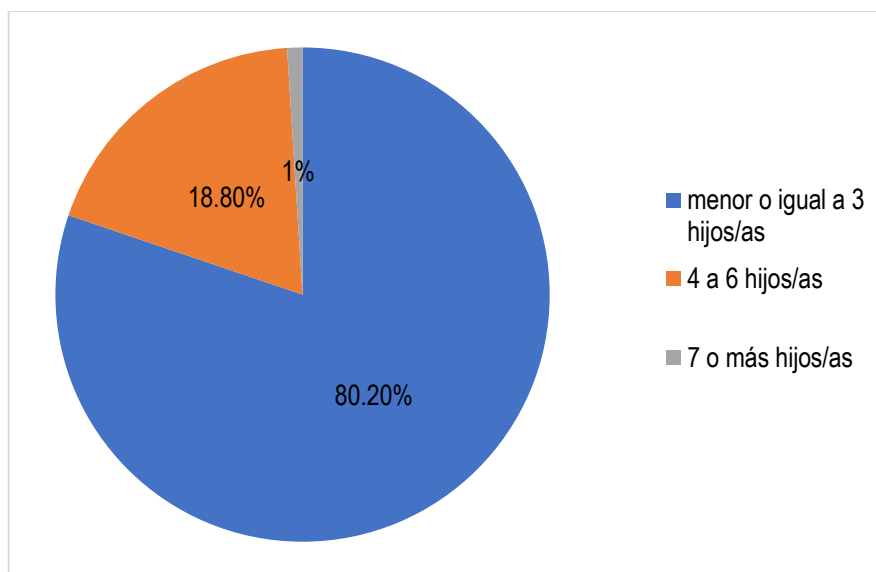
Conforme al nivel de instrucción, se evidencia que un 63,4% de los participantes ha cursado la primaria, un 24,8% ha cursado la secundaria y un 11,9% la educación superior. Para corroborar los datos obtenidos, a nivel nacional, Benavides (2017) informa en su investigación que el 50,6% de los reclusos tiene educación primaria o no tienen educación alguna. Estos datos hacen alusión a que la población carcelaria ecuatoriana, entre las posibilidades dentro de prisión, accede al beneficio de terminar su educación para mejorar sus habilidades personales y derivar las desigualdades.

Por otra parte, en la variable ocupación, se evidencia que un 49,5% de los participantes no refiere una ocupación que demuestre la fuente de su sustento económico fuera de prisión. Para corroborar los datos obtenidos, a nivel de territorio internacional, Rodicio-García et al. (2018) indican que la población masculina penitenciaria en España trabajaba o estaba sin trabajo antes de entrar a prisión, mientras que las mujeres, se ocupaban de las tareas domésticas (36,6%).

En cambio, en la variable religión, gran parte de los participantes (65,3%) admite ser católico, un 21,8% profesa el cristianismo, un 3% es evangélico, y un 9,9% no profesa ninguna religión. Se evidencia similar porcentaje de personas penitenciarias en los datos obtenidos a nivel de territorio internacional por Larrota et al. (2016), donde señalan que el 68,9% de la población penitenciaria colombiana dijo ser católico, un 14,6% profesa el evangelismo y un 9,8% no profesa ninguna religión.

Figura 3

Análisis estadístico de número de hijos



Con respecto a la variable número de hijos, gran parte la población privada de libertad (80,20%) manifestó tener hasta 3 hijos/as o en menor cantidad. Para corroborar los datos obtenidos, a nivel de territorio internacional, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (2018) indica que el 74,1% de la población penitenciaria manifestó tener hijos/as, y que el 83% informó tener a su cargo hijos/as menores de edad.

Algo similar ocurre con la investigación realizada por Safranoff y Tiravassi (2018) a hombres y mujeres en las cárceles de ocho países de América, donde precisan que la mayor proporción de hijos recae en las mujeres con un 87% frente a los hombres con un 78%; también, describen que el 27% de las mujeres y el 23% de los hombres tienen más de 3 hijos.

Tabla 6*Análisis estadístico de los datos familiares*

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Estado civil	Casado	21	20,8%	20,8%
	Separado	3	3,0%	23,8%
	Unido	30	29,7%	53,5%
	Soltero	35	34,7%	88,1%
	Divorciado	11	10,9%	99,0%
	Viudo	1	1,0%	100%
Conformación del núcleo familiar	Solo	3	3%	3,0%
	Esposa/o	1	1%	4,0%
	Hermanos/as	1	1%	5,0%
	Nuclear	28	27,7%	32,7%
	Extensa	49	48,5%	81,2%
	Reconstruida	2	2%	83,2%
Monoparental	17	16,8%	100%	

Nota: 101 observaciones

En la variable estado civil, se observa que la mayor parte de los participantes (34,7%) no mantienen ninguna relación sentimental. Para corroborar los datos obtenidos, a nivel de territorio internacional, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (2018) indica que el 36,9% de su población penitenciaria está soltera; mientras que, en el ámbito nacional, Benavides (2017) identifica que el 50,2% de la población de su estudio tiene pareja y el 43,8% registran su estatus civil como divorciado, soltero o viudo.

En la variable conformación del núcleo familiar, se observa que un 48,5% de los participantes pertenece al grupo familiar extenso, un 27,7% conforma una familia nuclear, y un 16,8% mencionan constituir una familia monoparental. Los resultados coinciden con el estudio de Safranoff y Tiravassi (2018), en el cual, se describe que gran parte de penitenciarios forman parte de familias extensas, desestructuradas y/o con antecedentes de consumo de sustancias y/o delictivos. Inclusive, se detalla que un gran número de mujeres privadas de libertad, se denominan jefe de familias monoparentales, responsables de los hijos y los gastos familiares, por lo que plantean que los actos delictivos de las mujeres están directamente vinculados con la pobreza del hogar y del cuidado de los hijos.

Segunda sección

Se analizan los resultados obtenidos de las variables académicas tanto antes y durante su estancia en prisión. En este caso, al ser variables cualitativas, se representan con la frecuencia (f) y la representación porcentual (%).

Tabla 7

Análisis estadístico de los datos académicos

Variables		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Estudió antes de estar en prisión	Si	16	15,8%	15,8%
	No	85	84,2%	100%
Estudia en prisión	Si	99	98%	98%
	No	2	2%	100%
Nivel o Especialidad cursado en prisión	Primaria o Secundaria	96	95%	95%
	Universidad – Administración	1	1%	96%
	Universidad – Automotriz	1	1%	97%
	Universidad – Contabilidad	2	2%	99%
	Universidad – Informática	1	1%	100%

Nota: 101 observaciones

En las variables académicas, un gran segmento de los participantes (84,2%) no ha sido escolarizado antes de entrar a prisión, por lo que, en su mayoría, han optado por cursar sus estudios en el centro penitenciario (98%). Según los datos obtenidos, un 95% de los participantes ha cursado la primaria o la secundaria dentro del centro penitenciario, mientras que el porcentaje restante ha cursado licenciaturas o tecnologías como Administración (1%), Automotriz (1%), Contabilidad (2%) e Informática (1%).

Para corroborar los datos obtenidos, a nivel internacional, Cisneros (2015) menciona que, dentro de la población penitenciaria del Estado de México, un 45,3% ha cursado la primaria, un 25,3% la secundaria y un 20,7% no registra estudios. Sin embargo, al cursar la escolaridad en prisión, 2710 hombres y 137 mujeres no asistieron a la escuela, 1346 hombres y 56 mujeres asistieron a la primaria, y 1929 hombres y 49 mujeres asistieron a la secundaria y preparatoria, lo que implica que un 54,3% de los participantes prefirieron superar su nivel de escolaridad.

Tercera sección

Se analizan los resultados obtenidos de las variables laborales tanto antes como durante su estancia en prisión. En este caso, al ser variables cualitativas, se representan con la frecuencia (f) y la representación porcentual (%).

Tabla 8

Análisis estadístico de los datos laborales precarcelarios

Variab les		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Trabajo formal precarcelario	Ninguna respuesta	58	57,3%	57,3%
	Administrador de empresa	4	4%	61,3%
	Asistente judicial	1	1%	62,3%
	Cocinero	2	2%	64,3%
	Comerciante	13	12,9%	77,2%
	Empleado privado	7	6,9%	84,1%
	Empleado institución financiera	1	1%	85,1%
	Gerente	1	1%	86,1%
	Mecánico	5	5%	91,1%
	Peluquero	1	1%	92,1%
	Transporte liviano	7	6,9%	99,0%
	Transporte pesado	1	1%	100%
Trabajo informal precarcelario	Ninguna respuesta	57	56,3%	56,3%
	Albañil	11	10,9%	67,2%
	Agricultor	4	4%	71,2%
	Atención al cliente	2	2%	73,2%
	Ayudante de cocina	1	1%	74,2%
	Betunero	1	1%	75,2%
	Carpintero	1	1%	76,2%
	Comerciante	31	16,8%	93%
	Costura	1	1%	94%
	Guardia	1	1%	95%
	Guía turístico	1	1%	96%
	Mesero	1	1%	97%
	Soldador	2	2%	99%
Zapatero	1	1%	100%	
Tareas domésticas precarcelarias	Si	28	27,7%	27,7%
	No	73	72,3%	100%

Nota: 101 observaciones

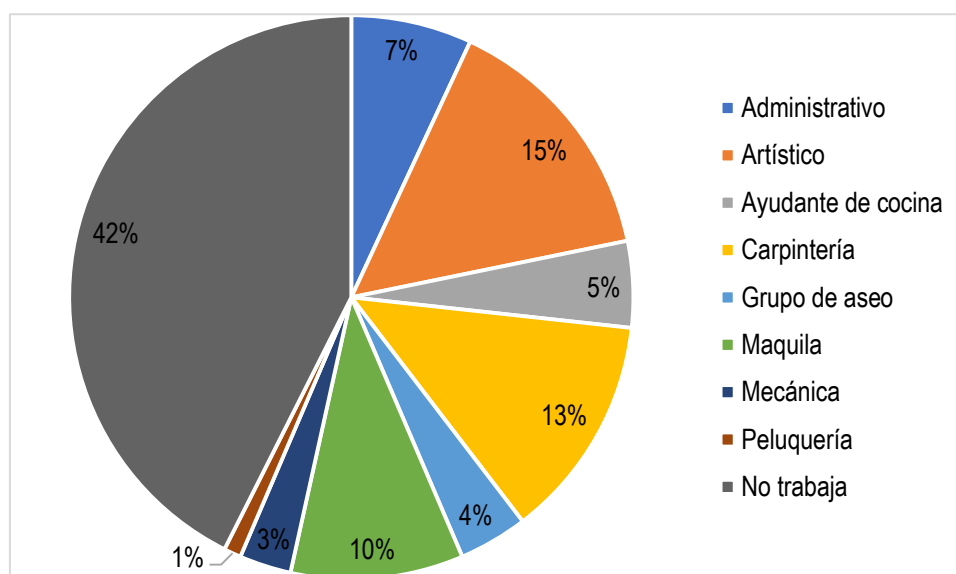
En las variables laborales precarcelarias, se evidencia que un 42,7% de los participantes estaban dedicados al trabajo formal con predominancia en el comercio y el empleo privado, mientras que un 43,8% de los participantes realizaban trabajo informal en actividades como comerciante y albañil. A su vez, un 27,7% de los participantes indica que ha realizado tareas domésticas. Para corroborar los datos obtenidos, a nivel nacional, Benavides (2017) informa en su

investigación que un 87,1% de los reclusos tenía situación laboral de empleado, a diferencia de un 12,9%, que se encontraba desempleado al momento de ingresar al centro penitenciario.

No obstante, a nivel internacional, Safranoff y Tiravassi (2018) detallan que las mujeres (8%) superan a hombres (6%) en nunca haber trabajado; asimismo, evidencian que un 27% de mujeres no trabajaba en el mes anterior a su detención, aun si en el caso de los hombres, se reduce su porcentaje al 17%. Esto demuestra que las mujeres constituyen la mayor parte de desempleados y, por ende, el contexto socioeconómico en el que viven las mujeres penitenciarias es desfavorable.

Figura 4

Análisis estadístico de los datos laborales dentro de la prisión



En las variables laborales dentro de prisión, se observa que los reclusos laboran en áreas artísticas (15%), de carpintería (13%) y de servicio de maquila (10%) con mayor frecuencia, a diferencia de que un alto porcentaje de estas personas (42%) no trabaja dentro del centro penitenciario. Para corroborar los datos obtenidos, a nivel de territorio internacional, Larrota et al. (2016) indican que sus participantes masculinos de la penitenciaría de la ciudad de Bucaramanga realizan actividades laborales en áreas como marroquinería, maderas, tejidos y bisuterías. Mientras tanto, en el estudio realizado por Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa y Colorado-Martínez (2009) en dos prisiones mexicanas detallan que un gran porcentaje de las

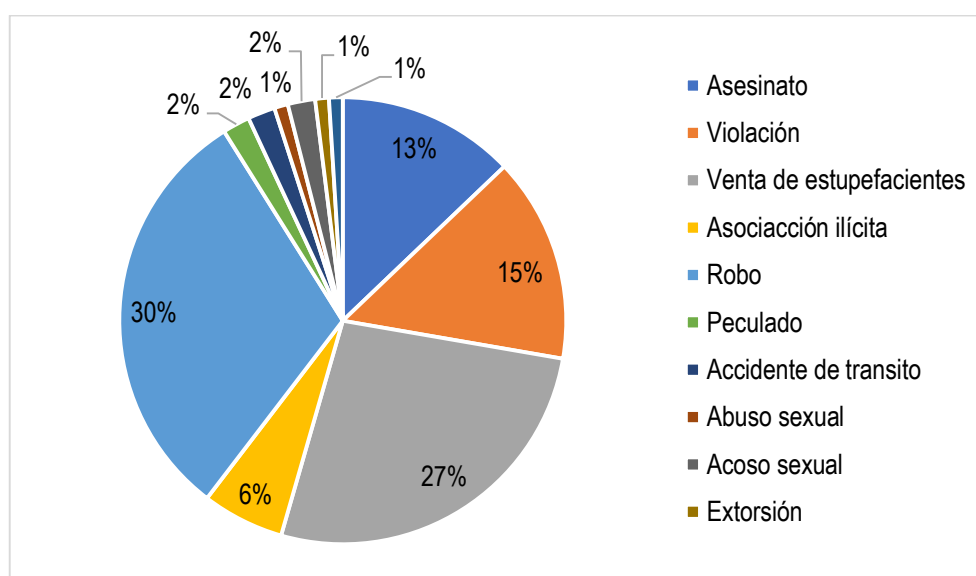
mujeres (81,3% en Pacho Viejo y 84,3% en Fortaleza San Carlos) realizan actividades como coser, bordar, lavar, planchar, vender comida y hacer manualidades y artículos de talabartería.

Cuarta sección

Se analizan los resultados obtenidos de las variables penales. En este caso, al ser variables cualitativas, se representan en porcentajes (%).

Figura 5

Análisis estadístico de tipos de delito



En la variable penal referente al tipo de delito, un gran segmento de participantes fue ingresado al centro penitenciario por actos violentos como robo (30%) y venta de estupefacientes (27%), mientras que un pequeño porcentaje de internos han cometido actos delictivos como abuso sexual (1%), extorsión (1%) y porte de armas (1%).

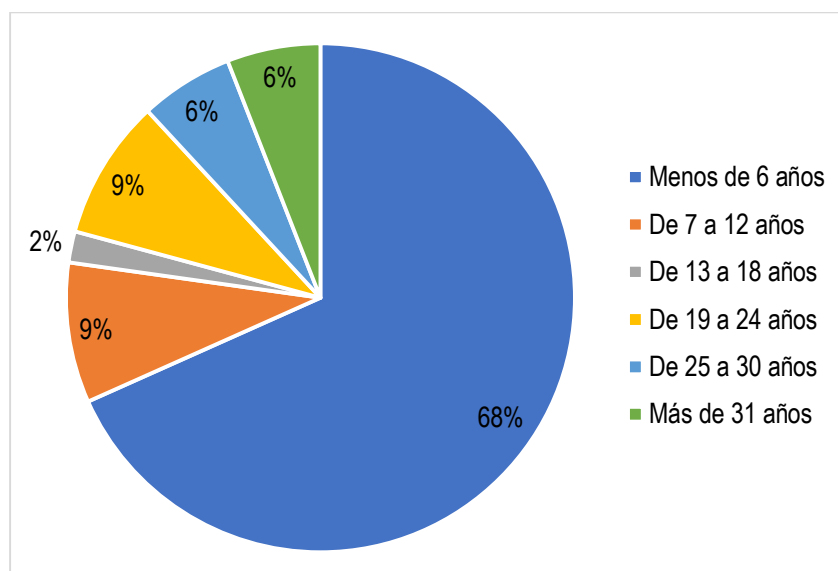
Para corroborar los datos obtenidos, a nivel de territorio internacional, Pulido-Criollo et al. (2009) detallan que las mujeres reclusas de dos prisiones mexicanas han cometido delitos en su gran mayoría por homicidio (47,3% en Fortaleza San Carlos) y tráfico de drogas (25,0% en Pacho Viejo). A su vez, Altamirano (2013) indica que el delito con mayor frecuencia entre los presos españoles es el robo, seguido de delitos como el tráfico de sustancias ilícitas, la violencia

de género y los asesinatos. Esto quiere decir que el expendio de sustancias sujetas a fiscalización ha sido mayoritariamente el delito más penalizado a nivel mundial.

En Ecuador, el diagnóstico de la población penitenciaria ecuatoriana realizada por Kaleidos – Centro de Etnografía Interdisciplinaria (2021) precisa que los delitos con sustancias ilegales son los más comunes con un 28,1%, seguidos de los delitos contra la propiedad con un 26,1%, delitos contra la integridad sexual y reproductiva con un 16,3%, delitos contra la inviolabilidad de la vida con un 13,5%, contravenciones y apremio de alimentos con un 11,9% y, asociación ilícita y delincuencia organizada con un 4,1%. Además, se ha reportado que existe sobrepoblamiento en las cárceles ecuatorianas por contravenciones vinculadas al tráfico de sustancias ilícitas.

Figura 6

Análisis estadístico de los años de sentencia



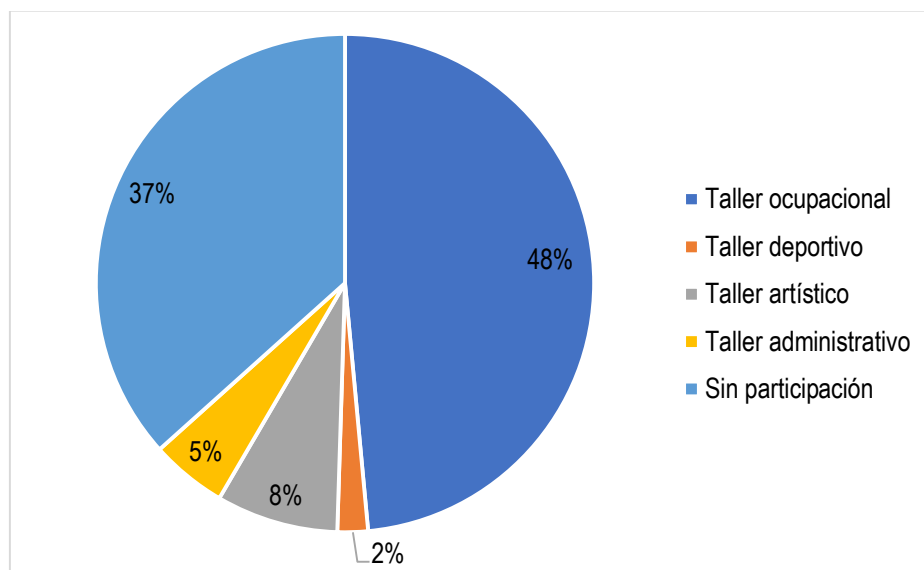
En la variable penal referente a los años de sentencia, se observa que un 68% de reclusos cumplen un tiempo de sentencia menor de 6 años, no obstante, un 2% permanece en el centro penitenciario de 13 a 18 años. Los resultados evidenciados por Altamirano (2013) reflejan que la condena promedio en su muestra de estudio borda los 7,2 años por interno, lo que evidencia efectos adversos en la salud mental de los reclusos por las altas expectativas por poseer la libertad y organizar su vida después de la liberación.

Quinta sección

Se analizan los resultados obtenidos de las variables penitenciarias. En este caso, al ser variables cualitativas, se representan en porcentajes (%).

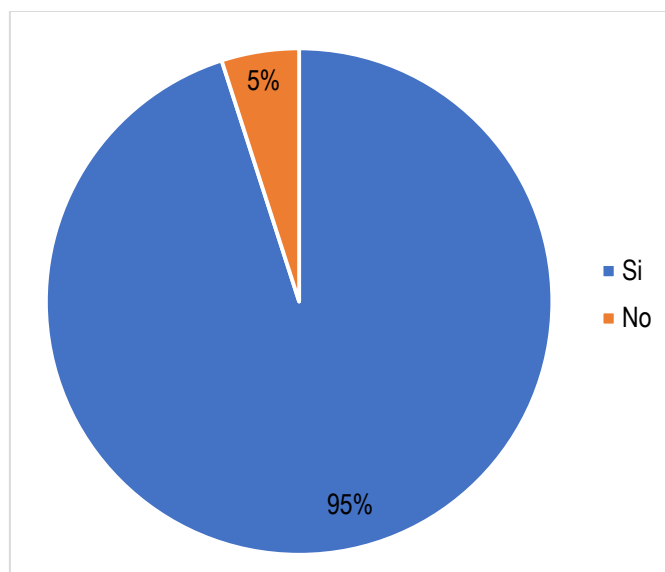
Figura 7

Análisis estadístico de participación en talleres



En la variable penitenciaria, con relación a participación en talleres, se observa que gran parte de los participantes han empleado su tiempo dentro de prisión en talleres ocupacionales (48,5%), no obstante, otro gran segmento de privados de libertad no presenta participación en talleres (36,6%). Estos resultados describen que una parte de los privados de libertad que realizan algún tipo de taller lo hace con el objetivo de aprender diferentes recursos y habilidades personales para afrontar su vida al salir en libertad.

Para corroborar los datos obtenidos, a nivel de territorio internacional, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (2018) determina que un 25,8% de los presos asistía a algún curso o taller para instruirse en un oficio y los de mayor asistencia consistían en artes plásticas, ebanistería y manejo de la ira por medio de la meditación.

Figura 8*Análisis estadístico de contacto familiar en prisión*

En la variable penitenciaria, con relación al contacto familiar, un 95% de los participantes privados de libertad admite haber tenido contacto familiar en prisión, independientemente de la regularidad de las visitas. Sin embargo, el diagnóstico de la población penitenciaria ecuatoriana realizada por Kaleidos – Centro de Etnografía Interdisciplinaria (2021) detalla que solo un tercio de los reclusos aseveró que mantenía comunicación por teléfono con sus familiares y el 17% menciona que los habían visitado en privado en determinadas circunstancias, por consiguiente, se determina que las largas distancias que recorren los familiares, el tiempo limitado de visita y la cantidad de días de visita (acorde a la seguridad del reo) debilitan gradualmente los vínculos afectivos.

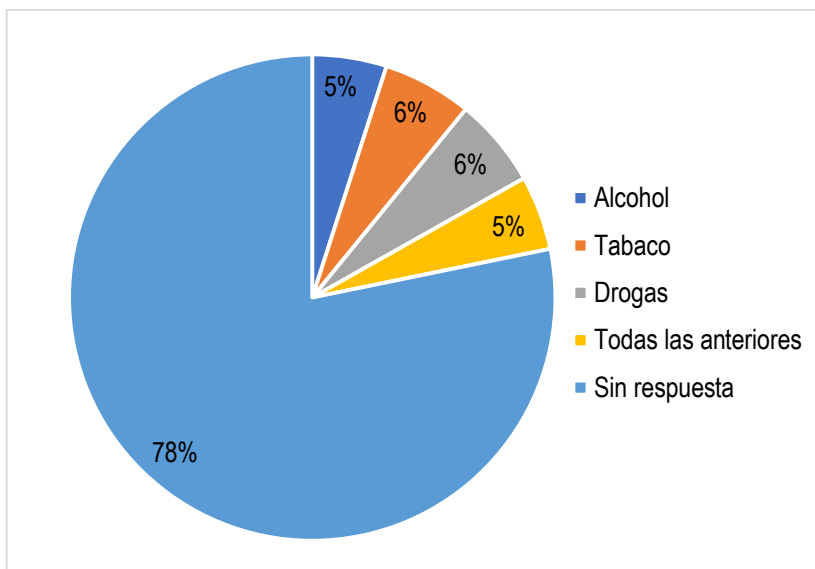
Por ello, para corroborar los datos obtenidos, a nivel nacional, Benavides (2017) informa que su población masculina de estudio ha recibido entre 5 a 12 visitas en los últimos 3 meses (55,8%). Y, a nivel internacional, Pulido-Criollo et al. (2009) informan que, con predominancia, en la prisión mexicana de Pacho Viejo las mujeres reclusas han recibido visitas por lo menos una vez a la semana (25,0%), sin embargo, un gran número de reclusas no recibe visitas en Fortaleza San Carlos, lo que dificulta aún más la reinserción social y comunitaria.

Sexta sección

Se analizan los resultados obtenidos de las variables de tiempo libre. En este caso, al ser variables cualitativas, se representan con la frecuencia (f) y la representación porcentual (%).

Figura 9

Análisis estadístico de consumo de sustancias



En la variable de hábito de consumo de sustancias, un alto porcentaje de participantes (78,2%) no emite una respuesta que garantice la ingesta de sustancias dentro de prisión, no obstante, se afirma que consumieron sustancias antes de su encarcelamiento. Por ello, es considerable enunciar que, dentro de los datos obtenidos a nivel nacional, Benavides (2017) explica que el 59,2% de sus participantes penitenciarios masculinos mencionaron el uso de drogas antes de su arresto. Indistintamente, Rodríguez (2019) en su investigación data que los antecedentes de toxicomanía son factores de riesgo para cometer hechos delictivos y, dentro de prisión, su consumo induce a la persona a crear otra realidad para evadir la hostilidad y, se convierte en una escapatoria del sufrimiento y la culpa.

Tabla 9*Análisis estadístico de actividades de tiempo libre*

Variables		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Dormir	Si	32	31,7%	31,7%
	No	18	17,8%	49,5%
	Sin respuesta	51	50,5%	100%
Ver televisión	Si	49	48,5%	48,5%
	No	9	8,9%	57,4%
	Sin respuesta	43	42,6%	100%
Escuchar música	Si	61	60,4%	60,4%
	No	4	4%	64,4%
	Sin respuesta	36	35,6%	100%
Juegos de mesa	Si	41	40,6%	40,6%
	No	9	8,9%	49,5%
	Sin respuesta	51	50,5%	100%
Deportes	Si	75	74,3%	74,3%
	No	7	6,9%	81,2%
	Sin respuesta	19	18,8%	100%
Leer	Si	63	62,3%	62,3%
	No	5	5%	67,3%
	Sin respuesta	33	32,7%	100%

Nota: 101 observaciones

En las variables de actividades de tiempo libre como dormir (50,5%) y entretenerse con juegos de mesa (50,5%), la mitad de los participantes no tuvieron respuesta. En otras variables como ver televisión (48,5%), escuchar música (60,4%), hacer deportes (74,3%) y leer (62,4%), los participantes afirmaron realizar esas actividades como medio de entretenimiento en sus días, apropiado para mantener su cuerpo, sus capacidades y habilidades en funcionalidad.

Estos datos concuerdan con el diagnóstico de la población penitenciaria ecuatoriana realizada por Kaleidos – Centro de Etnografía Interdisciplinaria (2021), donde registran que el 50% de los presos del país participa en deportes, el 25% participa en actividades culturales y el 20% participa en la educación escolar, a pesar de que el espacio físico, materiales y personal son un gran obstáculo para el pleno desarrollo de las actividades.

2.4. Procedimiento metodológico

Para llevar a cabo este estudio, como primer punto, se recopiló información bibliográfica relacionada con el tema de investigación en artículos científicos, revistas, libros, documentos y base de datos con el fin de recopilar la mayor cantidad de fuentes teóricas.

Posteriormente, se seleccionó el instrumento psicométrico y se crearon las fichas sociodemográficas para evaluar las variables planteadas. Se identificó el nivel de validez y confiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva.

A continuación, se presentó la solicitud para la respectiva aplicación de los reactivos a la autoridad competente dentro del Centro de Privación de Libertad. Aprobada la documentación, se socializó el proyecto a los participantes, se informó acerca del objetivo de la investigación y su alcance. Igualmente, se explicó que la participación era totalmente anónima y, se recalcó que los datos obtenidos permiten responder a preguntas de investigación realizadas.

Se realizó la recolección de información individualmente; se consideró un tiempo de 30 minutos por aplicación y llenado tanto de las fichas sociodemográficas como del Cuestionario de Salud Mental Positiva a un total de 101 personas privadas de la libertad.

Posterior a ello, se tabuló e interpretó los datos obtenidos a través del Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 25, que es un software estadístico diseñado para analizar datos y proporcionar ilustraciones gráficas de cada interpretación estadística. Se procedió a realizar un análisis estadístico de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas. Acto seguido, se utilizó el coeficiente de Chi Cuadrado para cumplir con el objetivo general de la investigación. De esta forma, se elaboró un informe con los datos más representativos de la investigación y, se crearon nuevos conocimientos a cerca del mantenimiento de la salud mental positiva y la vida en prisión.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

A continuación, se procede a analizar los resultados de la aplicación del instrumento psicológico que determina el nivel de salud mental positiva en las personas privadas de libertad.

3.1. Análisis descriptivo de la salud mental positiva

Para el análisis descriptivo del Cuestionario de Salud Mental Positiva, se toman en cuenta los seis factores que la componen: 1) satisfacción personal, 2) actitud prosocial, 3) autocontrol, 4) autonomía, 5) resolución de problemas y, 6) habilidades en relaciones interpersonales. A continuación, se reflejan los resultados a través de la media aritmética (M), la desviación estándar (Ds), el valor mínimo y máximo de cada uno de los factores y de la puntuación total del cuestionario en base a la población seleccionada.

Tabla 10

Análisis descriptivo del Cuestionario de Salud Mental Positiva

Factores	M	Ds	Mínimo	Máximo
Satisfacción personal	2,74	0,50	1	3
Actitud prosocial	2,59	0,57	1	3
Autocontrol	2,37	0,56	1	3
Autonomía	2,54	0,61	1	3
Resolución de problemas	2,65	0,52	1	3
Habilidades en relaciones interpersonales	2,35	0,52	1	3
Total	2,65	0,48	2	3

Nota: 101 observaciones

Los puntajes promedio de los participantes en los factores satisfacción personal (2,74), actitud prosocial (2,59), autocontrol (2,37), autonomía (2,54), resolución de problemas (2,65) y habilidades de relación interpersonal (2,35) en el Cuestionario de Salud Mental Positiva muestran un nivel moderado de salud mental dentro de prisión; y cuyos rangos van de un mínimo de 1 a un máximo de 3 para cada factor.

No obstante, se refleja un puntaje promedio total del cuestionario de 2,65, con un mínimo de 2 y máximo de 3, lo que demuestra un resultado significativo, dado que, por las características de esta población, no parece esperable que adquieran herramientas y habilidades que mejoren su

salud mental dentro de prisión, sin embargo, nos indica que toman consciencia de su vida delictiva y tratan de sobrellevarla con el fin de reinsertarse a la sociedad adecuadamente.

3.2. Análisis categorial de la salud mental positiva

A continuación, se presentan los resultados de la frecuencia (f) y la representación porcentual (%) de cada una de las categorías en función a la muestra.

Tabla 11

Análisis categorial del Cuestionario de Salud Mental Positiva

Factores	Coficiente SMP	f	%
Satisfacción personal	Bajo	3	3,0%
	Medio	20	19,8%
	Alto	78	77,2%
	Total	101	100%
Actitud prosocial	Bajo	4	4,0%
	Medio	33	32,7%
	Alto	64	63,4%
	Total	101	100%
Autocontrol	Bajo	4	4,0%
	Medio	56	55,4%
	Alto	41	40,6%
	Total	101	100%
Autonomía	Bajo	6	5,9%
	Medio	34	33,7%
	Alto	61	60,4%
	Total	101	100%
Resolución de problemas y autoactualización	Bajo	2	2,0%
	Medio	31	30,7%
	Alto	68	67,3%
	Total	101	100%
Habilidades en relaciones interpersonales	Bajo	2	2,0%
	Medio	62	61,4%
	Alto	37	36,6%
	Total	101	100%

Al respecto, la estadística indica que cuatro factores arrojaron porcentajes altos en relación con el nivel alto de coeficiente (Satisfacción personal 77,2% - Actitud prosocial 63,4% - Autonomía 60,4% - Resolución de problemas 67,3%); mientras que, el resto de los factores sitúan su porcentaje en el nivel medio de coeficiente (Autocontrol 55,4% - Habilidades en relaciones interpersonales 61,4%). Por tanto, se plantea que los factores explorados en el Cuestionario de Salud Mental Positiva en un segmento importante de personas privadas de libertad son

relativamente altos, a pesar de las dificultades que tiene dicha población para mantener y cuidar de su salud mental.

Una investigación en estudiantes universitarios de Colombia con relación a la satisfacción personal cita a Rosillo, Ruiz, Sánchez & Aparicio (2006) al comparar su población con población clínica o en contexto de vulnerabilidad; en este caso, detalla que un 52% de la población carcelaria evaluada por los autores no aporta medios suficientes para indicar la existencia de este factor (citado en Munar, 2016). Es decir, un segmento de privados de libertad colombianos, no se encuentra satisfecho con su vida actual y con su desarrollo personal a futuro, a diferencia de la muestra evaluada de privados de libertad de esta investigación.

En cuanto a la actitud prosocial de los reclusos investigados por Rosillo et al (2006), el 57,5% de la población no alcanza un puntaje representativo en este factor (citado en Munar, 2016), en contraste con el porcentaje arrojado en esta investigación. Esto deja entrever la importancia que tiene el medio social del privado de libertad en su adecuado desenvolvimiento, debido a que, este factor es esencial para el manejo correcto de las relaciones interpersonales y de los hechos sociales.

Ahora bien, de acuerdo a los estadísticos, el porcentaje obtenido en el factor de autocontrol en esta investigación (55,4%) es similar a los obtenidos por Altamirano (2013) referente al equilibrio emocional dentro de su investigación del bienestar psicológico en reclusos porque detalla que el 39,4% de su muestra ha respondido positivamente cómo se perciben y están a gusto consigo mismo, puesto que, los niveles de autoaceptación son más débiles si existe un impacto mayor del estrés sobre el autocontrol. Ante ello, estos datos sugieren que un porcentaje significativo de la muestra responde correctamente a las estrategias de autorregulación comportamental, al mismo tiempo, tienen la posibilidad de juzgar sus acciones de forma saludable a su entorno.

De modo contradictorio al porcentaje de autonomía de este estudio (60,4%), en la investigación de Altamirano (2013) con referencia a la autonomía dentro del bienestar psicológico en prisión, se detalla que el 35,5% del grupo de reclusos responde positivamente a actividades, intereses o

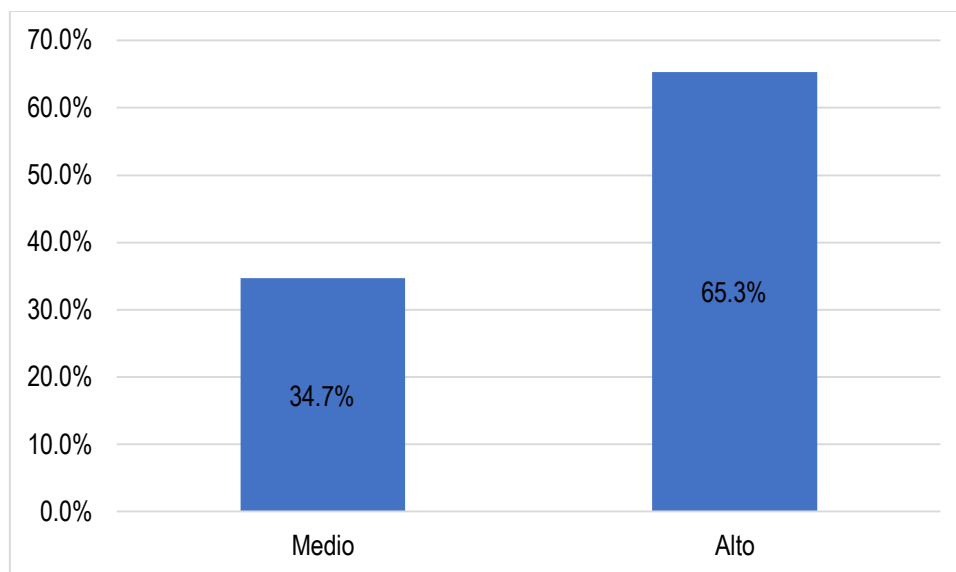
hobbies, mientras que a los participantes restantes les resultó difícil determinar qué cosas les motivan o ilusionan. Desde este dato estadístico se infiere que, cuanto más interés tenga una persona por lo que hace, más fácil resulta encontrar en sí mismo la seguridad y la capacidad de autorregular su conducta y, por el contrario, cuanto menos sea el interés, el nivel de autoestima descende por no realizar actividades que ayuden a sentirse independiente y capaz de conseguir y manejar las situaciones del medio.

Cabe mencionar que el factor de resolución de problemas supone el segundo factor más destacado en esta investigación (67,3%). Sin embargo, en la investigación de Altamirano (2013) el 19,7% de los reclusos son conscientes de que necesitan crecer personalmente, del mismo modo, el 42,8% refleja que cambian o terminan por deshabituarse de situaciones conflictivas. Este resultado indica la posibilidad que la mayor parte de los sujetos investigados son capaces de afrontar situaciones de conflicto y de adaptabilidad, sin dejar de lado que requieren reforzar dichas habilidades para moderar el estrés del entorno penitenciario.

Finalmente, respecto al factor de habilidades de relación interpersonal, la investigación de Altamirano (2013) describe que el 17% de los internos refiere aspectos positivos en su relación con los otros y, a su vez, el 41,4% refleja confianza interpersonal en virtud de que perciben buenas opiniones de sí mismos por parte de los demás. Esto indica que, al existir un equilibrio entre los comportamientos y hábitos, se tiene una mejor gestión de la convivencia intracarcelaria, una participación activa dentro de las instalaciones y el mantenimiento de relaciones afectivas externas.

Figura 10

Análisis categórico del Cuestionario de Salud Mental Positiva



Sin embargo, en la Figura 10, se evidencia altos niveles de salud mental positiva en el puntaje global, lo que refleja que los privados de libertad si logran potenciar su desarrollo personal y responden de manera adecuada a las demandas personales y psicosociales; a su vez, el nivel de salud mental en relación con su estancia en prisión, no se ve afectado porque mediatizan sus sentimientos y emociones con sus comportamientos.

3.3. Análisis de asociación de los factores sociodemográficos y la salud mental positiva

Esta sección busca establecer la relación entre los seis factores del instrumento y las características sociodemográficas mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson, debido a que, son variables cualitativas categóricas.

Tabla 12*Tabla de contingencia entre Número de hijos con el factor Actitud prosocial*

		Actitud prosocial			Total		
		Bajo	Medio	Alto			
Número de hijos	0	Recuento	2	4	16	22	
		% dentro de Actitud prosocial	66,7%	20,0%	20,5%	21,8%	
	1	Recuento	0	2	10	12	
		% dentro de Actitud prosocial	0,0%	10,0%	12,8%	11,9%	
	2	Recuento	0	5	20	25	
		% dentro de Actitud prosocial	0,0%	25,0%	25,6%	24,8%	
	3	Recuento	1	2	19	22	
		% dentro de Actitud prosocial	33,3%	10,0%	24,4%	21,8%	
	4	Recuento	0	4	9	13	
		% dentro de Actitud prosocial	0,0%	20,0%	11,5%	12,9%	
	5	Recuento	0	2	2	4	
		% dentro de Actitud prosocial	0,0%	10,0%	2,6%	4,0%	
	6	Recuento	0	1	1	2	
		% dentro de Actitud prosocial	0,0%	5,0%	1,3%	2,0%	
	9	Recuento	0	0	1	1	
		% dentro de Actitud prosocial	0,0%	0,0%	1,3%	1,0%	
		Total	Recuento	3	20	78	101
			% dentro de Actitud prosocial	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Las variables Número de hijos registran significancia únicamente con el factor Actitud prosocial dentro de la prueba

Chi cuadrado, por lo que, no se registran los otros factores ni variables.

Las frecuencias y los porcentajes de la tabla 12 muestran que los privados de libertad que tienen dos hijos demuestran alto nivel de actitud prosocial (25,6%) en mayor proporción a los que tienen menos y más hijos.

Tabla 13*Tabla de contingencia entre Conformación del núcleo familiar con el factor Autonomía*

		Autonomía			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Conformación del núcleo familiar	Esposa	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Autonomía	0,0%	0,0%	1,6%	1,0%
	Solo	Recuento	0	2	1	3
		% dentro de Autonomía	0,0%	5,9%	1,6%	3,0%
	Hermanos	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de Autonomía	16,7%	0,0%	0,0%	1,0%
	Nuclear	Recuento	1	10	17	28
		% dentro de Autonomía	16,7%	29,4%	27,9%	27,7%
	Extensa	Recuento	4	16	29	49
		% dentro de Autonomía	66,7%	47,1%	47,5%	48,5%
	Reconstruida	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de Autonomía	0,0%	0,0%	3,0%	2,0%
	Monoparental	Recuento	0	6	11	17
		% dentro de Autonomía	0,0%	17,6%	18,0%	16,8%
	Total	Recuento	6	34	61	101
		% dentro de Autonomía	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: La variable Conformación del núcleo familiar registra significancia únicamente con el factor Autonomía dentro de la prueba Chi cuadrado, por lo que, no se registran los otros factores ni variables.

Las frecuencias y los porcentajes de la tabla 13 muestran que los privados de libertad de esta investigación que forman parte de una familia extensa están ligadas a niveles altos de autonomía (47,5%).

Tabla 14*Chi cuadrado entre las variables sociodemográficas y los factores de Salud Mental Positiva*

Sig. asintótica bilateral Chi cuadrado						
Variable sociodemográfica	F1. Satisfacción personal	F2. Actitud prosocial	F3. Autocontrol	F4. Autonomía	F5. Resolución de problemas	F6. Habilidades de relación interpersonal
Sexo	0,306	0,176	0,106	0,759	0,145	0,577
Edad	0,611	0,052	0,875	0,840	0,729	0,985
Lugar de procedencia	0,793	0,472	0,083	0,319	0,383	0,198
Instrucción	0,454	0,528	0,396	0,406	0,697	0,163
Ocupación	0,550	0,914	0,939	0,711	0,960	0,151
Estado civil	0,404	0,919	0,344	0,360	0,943	0,253
Conformación del núcleo familiar	0,167	0,690	0,813	0,049*	0,558	0,323
Número de hijos	0,292	0,003**	0,903	0,581	0,239	0,585
Religión	0,742	0,440	0,123	0,627	0,823	0,122

Nota: **El valor es significativo en el nivel 0,01 (bilateral). *El valor es significativo en el nivel 0,05 (bilateral).

Como se observa en la Tabla 14, la mayor parte de los valores asociados son mayores a 0,05, debido a lo cual, no se encuentran diferencias significativas, en otras palabras, los factores de salud mental positiva son similares entre los grupos. Sin embargo, la variable número de hijos asociada con actitud prosocial refleja significancia menor que 0,01 ($p = 0,003$), a su vez, la variable conformación del núcleo familiar asociada con el factor autonomía refleja significancia menor que 0,05 ($p = 0,049$), por tanto, se asume que la cantidad de número de hijos de los privados de libertad es diferente entre los niveles de prosocialidad, así mismo, la estructura familiar de los privados de libertad es diferente entre los niveles de autonomía.

Es así como a partir de los datos obtenidos, no se asevera que existe relación entre los factores sociodemográficos y las características de salud mental positiva de la muestra de privados de libertad en su totalidad, debido a que, el resto de asociaciones tienen valores dentro de lo aleatorio.

CONCLUSIONES

De este trabajo de investigación y de los resultados obtenidos, además, de la recolección y el análisis de los datos pertinentes, se han extraído las siguientes conclusiones:

- La fundamentación teórica de los aspectos que involucran la salud mental positiva en personas privadas de libertad demuestra que el encarcelamiento es una situación altamente estresante tanto para hombres como para mujeres, debido a que, contribuye a la alta frecuencia de problemas de salud mental que desestabilizan al sujeto, hacen disminuir su grado de bienestar, afectan y deterioran las capacidades y recursos personales que estaban destinados al adecuado funcionamiento psicológico.
- La fundamentación teórica de lo relacionado con los factores sociodemográficos en personas privadas de libertad determina que, sin importar la edad, hombres y mujeres padecen carencias económicas, laborales y educativas antes de entrar a prisión. Estas características limitan sus actividades en el ámbito laboral, incluso, obtienen empleos de baja cualificación como choferes, vendedores informales, ayudantes, entre otros, lo que demuestra que el estatus económico y laboral son factores determinantes para tener una perspectiva positiva de salud mental en prisión.
- El diagnóstico sobre la condición actual de la salud mental positiva en personas privadas de libertad es que la mayor parte de los participantes presentan un alto nivel de salud mental positiva, dado que, el Cuestionario de Salud Mental Positiva identificó que los participantes presentan altos niveles en los componentes de Satisfacción personal (77,2%), Actitud prosocial (63,4%), Autonomía (60,4%) y Resolución de problemas (67,3%); mientras que, los componentes de Autocontrol (55,4%) y Habilidades en relaciones interpersonales (61,4%), sitúan a los participantes en el nivel medio, lo que contribuye a la promoción y desarrollo de sus habilidades tanto dentro como fuera de prisión.
- El análisis de asociación indica que no existe relación entre los factores sociodemográficos y las características de salud mental positiva de la muestra de privados de libertad en su

totalidad, debido a que, el resto de asociaciones tienen valores dentro de lo aleatorio, a excepción de las variables número de hijos con el factor actitud prosocial ($p = 0,003$), así como la variable conformación del núcleo familiar con el factor autonomía ($p = 0,049$).

RECOMENDACIONES

Con la finalidad de aportar a futuras investigaciones, se presentan las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda profundizar teóricamente y, a la vez, de forma no experimental, la salud mental positiva en personas privadas de libertad de Ecuador o de América Latina, debido a que, la indagación previa fue finita, con resultados inferidos y referentes al término de bienestar que brindaron claridad sobre la interacción de dicho fenómeno en el contexto actual.
- También, hay que destacar la importancia otorgada a conocer y comprender los factores personales, socioambientales y psicosociales de las personas privadas de libertad y, más aún, a aquellos asociados con la salud mental positiva. Por ello, sería oportuno un trabajo más profundo acerca de los mencionados factores de este segmento poblacional para entender su realidad y así planificar procesos de intervención.
- Si bien, los resultados aproximados arrojan un nivel moderado de salud mental positiva en las personas privadas de libertad según sus propias características sociodemográficas, no se descarta el hecho de que este nivel pudo decaer durante la emergencia sanitaria y el confinamiento por COVID-19, o aún más, en el marco de los estados de excepción en el sistema carcelario. Por tanto, hay que brindar atención prioritaria a la experiencia intracarcelaria de cada recluso y valorar la influencia de ese factor ambiental en las posibilidades de sobrellevar la vida en prisión.
- Se recomienda aplicar otros instrumentos psicométricos que evalúen salud mental positiva en la población penitenciaria para conocer si existen similitudes o diferencias con los resultados alcanzados. De igual forma, realizar asociaciones con otras variables psicométricas y reforzar el estado del arte actual.

BIBLIOGRAFÍA

- Altamirano, Z. (2013). *El bienestar psicológico en prisión: Antecedentes y consecuencias* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.
- Anguera, M., Magnusson, M., & Jonsson, G. (2007). Instrumentos no estándar: planteamiento, desarrollo y posibilidades. *Avances en medición*, 5(1), 63-82. Recuperado de <https://bit.ly/3pOzmNW>
- Añaños, F., & Jiménez, F. (2016). Población y contextos sociales vulnerables: la prisión y el género al descubierto. *Papeles de población*, 22(87), 63-101. Recuperado de <https://bit.ly/3zcDdqO>
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M., & Miranda-Novales, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206. Recuperado de <https://bit.ly/3JtcUI0>
- Barrera, M., & Flores, M. (2018). Construcción de una escala de salud mental positiva para adultos en población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 1(39), 22-33. Recuperado de <https://bit.ly/37v18pO>
- Benavides, A. (2017). *Salud mental en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones - Guayas N° 1* (Tesis de posgrado). Universidad San Francisco de Quito.
- Cajamarca, J., Triana, J., & Jiménez, W. (2015). Los efectos de prisionalización y su relación con el trastorno adaptativo. *Enfoques*, 1(2), 54-82. doi:10.24267/23898798.166
- Casado-Quintana, N., & Moreno, P. (2015). El fatalismo como consecuencia del internamiento en prisión y su relación con otras variables psicosociales. *Apuntes de Psicología*, 33(2), 49-56. Recuperado de <https://bit.ly/3dNE0Ed>

- Casas, J., Repullo, J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-538. doi:10.1016/S0212-6567(03)70728-8.
- Cayssials, A., & Pérez, M. (2009). Construcción y adaptación de técnicas psicométricas. En *Curso básico de psicometría: teoría clásica* (pp. 148-174). Lugar Editorial.
- Cisneros, J. (2015). La presbicia de la educación en prisión. Una reflexión del tratamiento como dispositivo de control. *Revista de Historia de las Prisiones*, 1, 34-52. Recuperado de <https://bit.ly/2THLKS7>
- Dunn, H. (1961). *High-level wellness*. Beatty.
- Esteban, M., Puerto, M., Fernández, X., Jiménez, R., Gil de Miguel, A., & Hernández, V. (2012). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 229-240. doi:10.4321/S1137-66272012000200005.
- Figuroa, L. (2020). *Afectación de la salud mental en relación al aislamiento y el abandono familiar. Experiencias de vida de tres adultos mayores privados de la libertad por el delito de violencia sexual en la cárcel del municipio de Jamundí* (Tesis de grado). Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª ed). McGraw Hill Education.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México. (2018). Características de la población privada de la libertad en México. *En números, documentos de análisis y estadística*, 1(12), 1-81. Recuperado de <https://bit.ly/3FGRVJa>

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.

Kaleidos – Centro de Etnografía Interdisciplinaria. (2021). *Diagnóstico del Sistema Penitenciario del Ecuador*. Recuperado de <https://bit.ly/3oohXdl>

Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. doi:10.1037/0022-006X.73.3.539

Larrota, R., Sánchez, L., & Sánchez, J. (2016). Niveles de autoestima y uso de estrategias de afrontamiento en un grupo de personas privadas de la libertad en un centro de reclusión de la ciudad de Bucaramanga/Colombia. *Informes Psicológicos*, 16(1), 51-64. doi:10.18566/infpsicv16n1a03

Lira, G., Varas, C., Salum, S., & Salum, E. (2017). Caracterización sociodemográfica y criminológica de hombres condenados por delitos sexuales. *Revista de Psicología (Santiago)*, 26(1), 78-93. doi: 10.5354/0719- 0581.2017.46772

Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona.

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del modelo de atención integral de salud – MAIS*. Recuperado de <https://bit.ly/37wqKT4>

Molina-Coloma, V., Salaberría, K., & Pérez, J. (2018). La Personalidad en Población Carcelaria: un Estudio Comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28, 1-7. 1-7. doi:10.5093/apj2018a5

Munar, M. (2016). *El estrés y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería de la Universidad Rovira I Virgili* (Tesis de grado). Universidad Rovira I Virgili.

- Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3):166–73. Recuperado de <https://bit.ly/3meTMe2>
- Nurse, J. Woodcock, & Ormsby, J. (2003). Influence of environmental factors on mental health within prisons: Focus group study. *Bmj*, 327(7413), 1-5. doi:10.1136/bmj.327.7413.480
- Omelas, A., & Ruíz, A. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2), 1-16. doi: 10.5872/psiencia/9.2.21
- Oramas, A. (2017). Indicador positivo de la salud mental. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, (7), (13-20). doi: 10.5538/2385-703X.2017.7.13
- Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39. Recuperado de <https://bit.ly/37wBvEW>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia, práctica. Informe compendiado*. Recuperado de <https://bit.ly/3olkGMP>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* (Texto original publicado en 1946). Recuperado de <https://bit.ly/2HqH4da>
- Pacheco, G. (2003). Aspectos que configuran la salud mental. *Medwave*, 3(8), e2774. doi: 10.5867/medwave.2003.08.2774
- Pulido-Criollo, F., Rodríguez-Landa, J., & Colorado-Martínez, M. (2009). Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres

- recluidas en dos prisiones de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(3), 209-215. Recuperado de <https://bit.ly/3mexVUd>
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances En Psicología*, 23(1), 9-17. doi:10.33539/avpsicol.2015.v23n1.167
- Requena, B. (26 de octubre de 2020). *Muestreo discrecional o por juicio*. Universo Fórmulas. Recuperado de <https://bit.ly/3JABCzT>
- Rodicio-García, M., Penado, M., & Corrás, T. (2018). Características sociodemográficas de la población penitenciaria española. *XI Contreso (Inter) Nacional de Psicología Jurídica y Forense*. doi: 10.13140/RG.2.2.22997.06885
- Rodríguez, M. (2019). *Efectos de la estancia en prisión. Revisión de las principales consecuencias que conlleva el paso por prisión de los internos* (Tesis de grado). Universidad Pontificia Comillas.
- Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20(2), 192-204. doi: 10.5294/PEBI.2016.20.2.6.
- Safranoff, A., & Tiravassi, A. (2018). Mujeres en contextos de encierro en América Latina: Características y factores de riesgo asociados a determinados comportamientos delictivos. *Banco Interamericano de Desarrollo*. doi: 10.18235/0001113
- Secretaría de Salud de México. (2001). *Programa de acción en salud mental. Primera parte. Capítulo II: Conceptos generales*. Recuperado de <https://bit.ly/3joovUm>
- Seligman, M. (2016). *Florece: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar* (Trad. Carril, M.). Océano Expres (Trabajo original publicado en 2011).

Serna, J. (2016). *Salud mental positiva en estudiantes de psicología* (Tesis de grado). Universidad de Antioquia.

The Alberta Teachers' Association. (30 de marzo de 2016). *Factors affecting mental health*. Can We Talk. Recuperado de <https://bit.ly/3dOMUBf>

Vaillant, G. (2012). Salud mental positiva: ¿hay una definición intercultural? *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*, 10(2), 93-99. Recuperado de <https://bit.ly/3ERByZ4>

Villamizar, S., & Garzón, L. (2011). *Factores de la salud mental positiva en población desmovilizada residente en Bucaramanga* (Tesis de grado). Universidad Autónoma de Bucaramanga.

World Health Organization [OMS]. (2014). *Social determinants of mental health* [Determinantes sociales de la salud mental]. Recuperado de <https://bit.ly/35p68d1>

ANEXOS

ANEXO 1: Índice de Tablas

Tabla 1 Factores generales del modelo de salud mental positiva de Lluch	13
Tabla 2 Distribución de ítems del Cuestionario Salud Mental Positiva	24
Tabla 3 Fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva aplicada en el CPL Tungurahua Nº1	25
Tabla 4 Análisis estadístico de la edad	26
Tabla 5 Análisis estadístico de los datos personales.....	27
Tabla 6 Análisis estadístico de los datos familiares	30
Tabla 7 Análisis estadístico de los datos académicos.....	31
Tabla 8 Análisis estadístico de los datos laborales precarcelarios	32
Tabla 9 Análisis estadístico de actividades de tiempo libre	39
Tabla 10 Análisis descriptivo del Cuestionario de Salud Mental Positiva	41
Tabla 11 Análisis categorial del Cuestionario de Salud Mental Positiva	42
Tabla 12 Tabla cruzada entre Número de hijos con el factor Actitud prosocial	46
Tabla 13 Tabla cruzada entre Conformación del núcleo familiar con el factor Autonomía	47
Tabla 14 Chi cuadrado entre las variables sociodemográficas y los factores de Salud Mental Positiva	48

ANEXO 2: Índice de Figuras

Figura 1 Puntos de vistas sobre el concepto de salud mental positiva.....	10
Figura 2 Criterios del modelo de salud mental positiva de Jahoda	11
Figura 3 Análisis estadístico de número de hijos	29
Figura 4 Análisis estadístico de los datos laborales dentro de la prisión	33
Figura 5 Análisis estadístico de tipos de delito	34
Figura 6 Análisis estadístico de los años de sentencia.....	35
Figura 7 Análisis estadístico de participación en talleres	36
Figura 8 Análisis estadístico de contacto familiar en prisión.....	37
Figura 9 Análisis estadístico de consumo de sustancias	38
Figura 10 Análisis categórico del Cuestionario de Salud Mental Positiva	45

ANEXO 3: Primera Ficha Ad Hoc Sociodemográfica**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

Elaborado por: _____ Fecha: _____

DATOS PERSONALES DEL INTERNO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Género: _____

Lugar de Procedencia: _____ Instrucción: _____ Ocupación: _____

Nacionalidad: _____ Religión: _____

DATOS JURÍDICOS:	
Delito:	Estado de causa: Procesado: _____ Sentenciado: _____
Sentenciado (años):	Número de sentencias:
Tiempo cumplido:	
Tiempo restante:	
Lugar y fecha de detención:	
Fecha de ingreso al C.R.S. A:	

ACTIVIDADES A LAS QUE SE DEDICABA ANTES DE LA DETENCIÓN	ESPECIFIQUE
Estudiar:	
Trabajo formal:	
Trabajo informal:	
Tareas Domésticas:	
Otras:	

Ninguna:	

ASPECTO FAMILIAR:						
Estado civil:	Casado	Separado	Unido	Soltero	Divorciado	Viudo
Número de hijos:						
Mantiene contacto con la familia	SI			NO		
Conformación del núcleo familiar:	Esposa	Esposo	Hijos	Solo	Padre	Madre
	Hermanos	Otros:				

ASPECTO ACADÉMICO:		
Nivel de Instrucción alcanzado:		
Actualmente estudia:	SI	NO
Qué estudia?		
Nivel	Primario: _____ Secundario: _____ Universitario: _____	
Especialidad:		

ASPECTO LABORAL DENTRO DE LA INSTITUCIÓN:		
Participación en talleres:	SI	NO

Qué taller?		
Trabaja:	SI	NO
Qué realiza?		
Tiempo:		

SALUD:		
De qué padece?		
¿Ha presentado complicaciones de salud?	SI	NO
¿Recibe tratamiento psiquiátrico?	SI	NO
Especifique:		

HÁBITOS:	
Consumo de: Alcohol: _____ Tabaco: _____ Drogas: _____ Otros: _____ _____	
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE:	
Dormir:	
Ver televisión:	
Escuchar música:	
Juegos de mesa:	
Deportes:	

Leer:	
-------	--

ANEXO 4: Segunda Ficha Ad Hoc Sociodemográfica**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA****Datos generales:**

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Elaborado por: _____

A continuación, se encuentra con una serie de preguntas respecto las condiciones de permanencia en la institución.

Dimensión / Variables	SI	NO
Demográficos		
Mujeres		
Hombres		
Servicios de salud		
¿Es fácil acceder a atención médica o de enfermería si lo requiere		
¿Está satisfecho con la calidad de la atención?		
Seguridad personal y trato interpersonal		
¿Ha sufrido maltrato físico por otros internos?		
¿Ha sufrido maltrato físico por funcionarios?		
¿Ha sufrido maltrato psicológico por otros internos?		
¿Ha sufrido maltrato psicológico por funcionarios?		
Visitas y contacto con el mundo exterior		
Visitado por esposo(a) o pareja		
Visitado por hijo(a)		
Visitado por madre o padre		
Visitado por otros familiares o amigos		
¿Las visitas en general reciben un trato adecuado?		
Reclamos		
¿Conoce los pasos a seguir, para hacer un reclamo justo?		
Acceso a programas		
¿Ha participado en programas de capacitación laboral?		
¿Ha trabajado remuneradamente en la institución?		
¿Ha recibido educación dentro de la institución?		
¿Ha participado en taller psicológico o social?		
¿Ha participado en actividades deportivas?		

¿Ha participado en actividades artísticas o culturales?		
Disposición a votar		
Si usted pudiera votar en las próximas elecciones, ¿estaría dispuesto a hacerlo?		
Cosas que cambiaría en la institución		
Mejor trato a las visitas		
Mejor trato a los internos		
Más beneficios penitenciarios		
Más respeto en las requisas		
Más programas laborales		
Mejor atención médica o de enfermería		
Que haya teléfonos públicos		
Aclarar pasos para solicitudes		

ANEXO 5: Cuestionario de Salud Mental Positiva

		Siempre o casi siempre	Con Bastante Frecuencia	Algunas Veces	Nunca o casi nunca
1	A mí, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2	Los problemas me bloquean fácilmente				
3	A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4	.... me gusto como soy				
5	.... soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6	.... me siento a punto de explotar				
7	Para mí, la vida es aburrida y monótona				
8	A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				

9	.... tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10	.... me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				
11	Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12	.... veo mi futuro con pesimismo				
13	Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14	.... me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15	.... soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o				
16	.... intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17	.... intento mejorar como persona				
18	.... me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
19	.... me preocupa que la gente me critique				
20	... creo que soy una persona sociable				
21	.... soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22	.... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23	.... pienso que soy una persona digna de confianza				
24	A mí, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25	.... pienso en las necesidades de los demás				
26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27	Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
28	Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				

30	.... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31	.... creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32	.... trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33	.... me resulta difícil tener opiniones personales				
34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
35	.... soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
37	.... me gusta ayudar a los demás				
38	.... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39	.... me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				