

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

**LA SALUD MENTAL Y LA ADAPTACIÓN
PENITENCIARIA EN MUJERES PRIVADAS DE
LIBERTAD DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN
FEMENINA DE OBRAJES**

POR: REINA MARGARITA POZO MORAN

TUTOR: DR. RODOLFO LÓPEZ HARTMANN

LA PAZ – BOLIVIA

2022

DEDICATORIA

A mis amados padres, que ya están a lado de Dios

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Al Dr. Rodolfo López Hartmann por ser mi mentor de Tesis de Grado, muchas gracias mil por toda su ayuda en la consecución del presente trabajo querido Dr.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos especiales.....	i
Resumen.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. Área problemática.....	4
1.2. Problema de investigación.....	5
1.3. Objetivos.....	12
1.3.1. Objetivo general.....	12
1.3.2. Objetivos específicos.....	12
1.4. Hipótesis.....	13
1.4.1. Hipótesis de investigación (Hi).....	13
1.4.2. Hipótesis nula (Ho).....	13
1.5. Justificación.....	13

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO	16
2.1. Modelo sobrenatural.....	16
2.2. Modelo biológico.....	16
2.3. Modelo psicológico.....	17
2.4. Modelos del siglo XX.....	17
2.5. Respecto a los tratamientos de los modelos.....	18
2.6. La conducta normal y anormal en el marco de la salud mental.....	18
2.7. Concepciones acerca de las personas consideradas mentalmente sanas.....	20
2.8. Aportes al concepto de salud desde la perspectiva de la psicología de la salud....	22

2.9. La salud mental según la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	28
2.10. Los trastornos mentales.....	28
2.11. Identificación del trastorno mental.....	28
2.12. La cárcel y la salud mental.....	29
2.13. Efectos del contexto carcelario en la salud mental.....	29
2.14. La cárcel aumenta el riesgo de las alteraciones psiquiátricas y psicológicas.....	29
2.15. La sintomatología psicológica y la privación de la libertad.....	30
2.16. La clasificación de la sintomatología psicológica (Eje I, DSM-5).....	30
2.16.1. La somatización.....	31
2.16.2. La obsesión-compulsión.....	31
2.16.3. La sensibilidad interpersonal.....	31
2.16.4. La depresión.....	31
2.16.5. La ansiedad.....	31
2.16.6. La hostilidad.....	31
2.16.7. La ansiedad fóbica.....	32
2.16.8. La ideación paranoide.....	32
2.16.9. El psicoticismo.....	32
2.17. La adaptación.....	32
2.17.1. Definición.....	32
2.17.2. Adecuación.....	34
2.17.3. Resistencia.....	34
2.17.3.1. Indicadores de respuestas inadecuadas.....	34
2.18. Sistema penitenciario.....	35
2.19. La prisionización.....	35
2.20. El efecto de la vida en prisión y el tipo de adaptación está sujeta a diversas variables.....	36
2.21. Consecuencias del proceso de prisionización.....	37
2.22. Consecuencias de la privación de libertad en la calidad de vida.....	40
2.23. Centro de Orientación Femenina de Obrajes (C.O.F.O.).....	41

CAPITULO III	
MÉTODO	
3.1. Tipo de investigación.....	42
3.2. Diseño de investigación.....	42
3.3. Variables de investigación.....	42
3.3.1. Definición conceptual de las variables.....	42
3.3.1.1. La salud mental.....	42
3.3.1.2. La adaptación penitenciaria.....	43
3.3.2 Operacionalización de las variables.....	43
3.4. Población.....	45
3.5. Muestra.....	45
3.6. Técnicas e instrumentos de investigación.....	46
3.6.1. Inventario de Síntomas SCL-90-R.....	46
3.6.2. Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3- RCJ-2011).....	52
3.6.3. Cuestionario de Datos Complementarios.....	53
3.7. Análisis estadísticos.....	53
3.8. Ambiente de investigación.....	54
3.9. Procedimiento.....	54

CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	
4.1. En respuesta o cumplimiento del objetivo, “describir las características sociodemográficas y delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”.....	57
4.2. En respuesta o cumplimiento del objetivo, “evaluar el estado clínico de salud mental de las mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”.....	71
4.3. En respuesta o cumplimiento del objetivo, “evaluar las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”.....	82

4.4. En respuesta o cumplimiento del objetivo, “relacionar entre el estado clínico de salud mental y las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria en mujeres privadas del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”	84
--	----

CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES	96

CAPÍTULO VI	
RECOMENDACIONES	100

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA	102
---	-----

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje por edad.....	57
Tabla 2. Frecuencia y porcentaje por lugar de nacimiento	58
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje por lugar de residencia	59
Tabla 4. Frecuencia y porcentaje por estado civil.....	60
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje por estatus social	61
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje por religión.....	62
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje por nivel de educación	63
Tabla 8. Frecuencia y porcentaje por ocupación.....	64
Tabla 9. Frecuencia y porcentaje por nacionalidad.....	65
Tabla 10. Frecuencia y porcentaje por delito de reclusión.....	66
Tabla 11. Frecuencia y porcentaje por situación jurídica.....	67
Tabla 12. Frecuencia y porcentaje por tiempo de reclusión.....	68
Tabla 13. Frecuencia y porcentaje por causa del delito cometido	69
Tabla 14. Frecuencia y porcentaje por reincidencia.....	70
Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de somatización.....	72
Tabla 16. Frecuencia y porcentaje de obsesiones y compulsiones	73
Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de la sensibilidad interpersonal	74
Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de depresión	75
Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de ansiedad.....	76
Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de hostilidad	76
Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de ansiedad fóbica.....	77
Tabla 22. Frecuencia y porcentaje de ideación paranoide	78
Tabla 23. Frecuencia y porcentaje de psicoticismo.....	79
Tabla 24. Frecuencia y porcentaje del Índice Global.....	80
Tabla 25. Medidas descriptivas de las dimensiones del estado clínico de salud mental.....	82
Tabla 26. Medidas descriptivas de reacciones o respuestas adaptativas a la reclusión penitenciaria	83
Tabla 27. Frecuencia y porcentaje de reacciones o respuestas adaptativas a la reclusión penitenciaria	83
Tabla 28. Correlación de reacciones o respuesta adaptativas con la somatización.....	85

Tabla 29. Correlación de reacción o respuesta adaptativa con obsesiones y compulsiones.....	86
Tabla 30. Correlación de reacción o respuesta adaptativa con sensibilidad interpersonal	87
Tabla 31. Correlación de reacción o respuesta adaptativa con depresión	88
Tabla 32. Correlación de reacción o respuesta adaptativa con ansiedad	89
Tabla 33. Correlación de reacción o respuesta adaptativa con hostilidad.....	90
Tabla 34. Correlación de reacción o respuesta adaptativa con ansiedad fóbica	91
Tabla 35. Correlación de reacción o respuesta adaptativa con ideación paranoide	92
Tabla 36. Correlación de reacción o respuesta adaptativa con psicoticismo	93
Tabla 37. Correlación de reacción o respuesta adaptativa con el índice global de severidad.....	94

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentajes por edad	58
Figura 2. Porcentajes por lugar de nacimiento	59
Figura 3. Porcentajes por lugar de residencia	60
Figura 4. Porcentajes por estado civil	61
Figura 5. Porcentajes por estatus social	62
Figura 6. Porcentajes por religión	63
Figura 7. Porcentajes por nivel de educación.....	64
Figura 8. Porcentajes por ocupación	65
Figura 9. Porcentajes por nacionalidad	66
Figura 10. Porcentajes por delito de reclusión	67
Figura 11. Porcentajes por situación jurídica	68
Figura 12. Porcentajes por tiempo de reclusión	69
Figura 13. Porcentajes por causa del delito cometido	70
Figura 14. Porcentajes por reincidencia	71
Figura 15. Porcentajes de somatización	72
Figura 16. Porcentajes de obsesiones y compulsiones	73
Figura 17. Porcentajes de la sensibilidad interpersonal	74
Figura 18. Porcentajes de depresión.....	75
Figura 19. Porcentajes de ansiedad	76
Figura 20. Porcentajes de hostilidad	77
Figura 21. Porcentajes de ansiedad fóbica	78
Figura 22. Porcentajes de ideación paranoide	79
Figura 23. Porcentajes de psicoticismo	80
Figura 24. Porcentajes del Índice Global	81
Figura 25. Comparativa de promedios de las dimensiones del estado clínico de salud mental.....	82
Figura 26. Porcentajes de reacciones o respuestas adaptativas a la reclusión penitenciaria	84
Figura 27. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con somatización.....	85
Figura 28. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con obsesiones y compulsiones	86
Figura 29. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con sensibilidad interpersonal.....	87
Figura 30. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con depresión	88

Figura 31. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con ansiedad.....	89
Figura 32. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con hostilidad.....	90
Figura 33. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con ansiedad fóbica.....	91
Figura 34. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con ideación paranoide	92
Figura 35. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con psicoticismo	93
Figura 36. Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con el índice global de severidad.....	94

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Población penitenciaria nacional varones y mujeres.....	6
Cuadro 2. Estado o situación jurídica de la población penitenciaria nacional.....	7
Cuadro 3. Operacionalización de las variables de estudio.....	43
Cuadro 4. Fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach (SCL-90-R).....	49
Cuadro 5. Fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach de las nueve dimensiones primarias y de los tres índices globales de malestar psicológico (SCL-90-R).....	50
Cuadro 6. Parámetros de calificación o de diagnóstico (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011).....	52
Cuadro 7. Fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011).....	53

RESUMEN

Según las estadísticas de la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión (2016/2019) desde el año 2001 a junio de 2019 la población penitenciaria a nivel nacional tanto de varones como de mujeres tiene un crecimiento aproximado mayor a tres veces. Además, que de esta población solo el 20% tiene una sentencia o condena penal definida y el restante 80% están reclusos/as preventivamente sin pruebas probadas legalmente a sus acusaciones (Oficina en Bolivia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, citado en Lequepi, M. J., 2016).

Ahora bien, respecto a la salud mental y la adaptación penitenciaria en población carcelaria si bien a la fecha hay varias investigaciones realizadas sobre la prevalencia de estas variables (“estado clínico de salud mental” y “reacciones o respuestas adaptativas a la reclusión penitenciaria”) en países europeos como latinoamericanos (como se muestra en el presente trabajo) en Bolivia aun estos estudios son muy escasos en poblaciones penitenciarias. En consecuencia, el estudio de la salud mental como la adaptación penitenciaria es una problemática de salud a abordar y resolver por parte de los diferentes niveles del estado, y por lo tanto este trabajo contribuye con la evaluación y diagnóstico de estas variables en una muestra (n) de estudio del ámbito carcelario.

El objetivo general de la presente investigación es “relacionar entre la salud mental y la adaptación penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”. Las herramientas metodológicas empleadas son como sigue, es de tipo descriptivo – correlacional, no experimental y de diseño transeccional o transversal, la muestra (n) de estudio es de 66 mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes, la selección de la muestra es no probabilística o dirigida, de sujetos – tipos, las variables de estudio se han evaluado con el Inventario de Síntomas SCL-90-R; Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria; Cuestionario de Datos Complementarios (Hernández, R., et. al, 1991).

De acuerdo a los resultados alcanzados la muestra (n) de estudio presenta patrones de somatización y ansiedad con un marcado “riesgo” de desarrollar una patología en estas o en las demás dimensiones clínicas evaluadas. Además, se ha identificado en mayor medida “patologías severas” expuestos en resultados. En contraposición y en menor proporción se ha observado a la ansiedad fóbica y el psicoticismo cerca de estar “en riesgo”. Respecto a los patrones, depresión, sensibilidad

interpersonal, ideación paranoide, hostilidad y obsesiones-compulsiones no están “en riesgo” y están lejos de desarrollar una “patología severa” en estas o en las demás dimensiones clínicas. Los resultados alcanzados sobre las “reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria” son muy particulares, ya que la mayoría de la muestra (n) presenta “buena” (49 de 66 internas) adaptación al entorno o contexto carcelario. Finalmente decir que, del análisis estadístico realizado con el estadístico paramétrico coeficiente de correlación de Pearson (r) se ha llegado a establecer una esporádica o parcial correlación entre las variables del presente estudio.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento continuo y acelerado de la población penitenciaria tanto de varones como de mujeres en Bolivia desde el año 2001 a junio de 2019 (Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión, 2016/2019) ha expuesto el incumplimiento y la vulneración de los Derechos Humanos de los privados/as de libertad consagrados a nivel internacional en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, y que han sido adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas celebrado en Ginebra en 1955 y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus Resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977 (p. 7), y a nivel nacional de la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001) por parte del estado.

Específicamente de la Ley N° 2298 (2001) se incumplen y vulneran en la mayoría de los establecimientos penitenciarios de Bolivia el Artículo 13 (No Hacinamiento); el Artículo 3 (Finalidad de la Pena); el Artículo 5 (Respeto a la Dignidad) descritos ampliamente en el planteamiento del problema de este trabajo, y de otros Artículos de dicha Ley.

En consecuencia se ha observado y constatado en el Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz, que el personal del “equipo multidisciplinario” es muy insuficiente para llevar a cabo la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento psicológico tanto en el ingreso como periódicamente (estipulados en la Ley N° 2298, 2001) de las mujeres privadas de libertad del mencionado penal. Es así, que la evaluación externa coadyuva al trabajo que se lleva adelante en este recinto carcelario.

Ahora bien, si bien actualmente se cuenta con diagnósticos, datos, entre otros, tanto de la salud mental (“estado clínico de salud mental”) como de la adaptación penitenciaria (“reacciones o respuestas adaptativas a la reclusión penitenciaria”) en muestras (n) de estudios carcelarios de hombres y mujeres a nivel internacional como se mencionan en las diferentes partes de esta investigación. En Bolivia, y particularmente del Centro de Orientación Femenina de Obrajes no se tiene evaluaciones o diagnósticos periódicos como marca la Ley N° 2298 (2001) tanto de la salud psicológica o mental como de la adaptación penitenciaria. Además, los estudios externos no siempre se deben tomar como referencias comparativas, ya que las diferencias socioculturales marcan otros resultados en cualquier variable – población de estudio. Por lo tanto, hay una necesidad inmediata de atender a esta problemática con respuestas científicas.

Es así, que el objetivo general del presente trabajo es “relacionar entre la salud mental y la adaptación penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”.

Asimismo, “la evaluación del estado clínico de salud mental” se ha efectuado a partir del área de la psicología clínica y de la salud, en los cuales se consideran “el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la promoción y el mantenimiento de la salud psicológica o mental con la finalidad preventiva de la misma. Asimismo, de la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico referentes a la salud en general (salud biopsicosocial)” (Matarazzo, 2002, citado en Mebarak, M., et. al, 2009, p. 94).

Además, para la valoración de “las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria” se ha tomado como referencia conceptual según Dorsch, F. (1991), que la adaptación es la “relación armónica, pero no exenta de tensiones, entre un organismo y el medio ambiente, mediante la cual se puede lograr la satisfacción eficaz de las necesidades, aunque esta es relativa, por cuanto casi pocas veces se llega a esa perfecta armonía y sin tensiones”.

En la presente investigación científica se han aplicado las siguientes herramientas metodológicas – procedimentales, como ser es de tipo descriptivo – correlacional, no experimental y de diseño transeccional o transversal, la muestra (n) de estudio es de 66 mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz, la selección de la muestra es no probabilística o dirigida, de sujetos – tipos, las variables de investigación se han evaluado con el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (1994) (adaptado al español por Casullo, M. M., 1999/2004), la Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011) (Calderón, R., 2011) y el Cuestionario de Datos Complementarios (Lequepi, M. J., 2016), los cuales sustentan científicamente tanto a los resultados como a las conclusiones alcanzadas en este trabajo (Hernández, R., et. al, 1991).

De los resultados obtenidos se ha llegado a establecer que la mayoría de la muestra (n) de 66 mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz son adultas, de origen urbana, de residencia anterior a su situación actual de reclusión urbana, son solteras, concubinadas, en matrimonio, de nivel económico social bajo, son católicas y otras

de religión protestante, de nivel de estudio secundaria y primaria, de ocupación laboral comerciante y la mayoría son nacionales.

Respecto a las características delictivas la mayoría de las internas (n) está recluida por infringir la Ley 1008, cometer el delito de asesinato y robo agravado, cuentan con sentencia, están ya privadas de libertad de más de cuatro años, de uno a dos años y de dos a tres años respectivamente, cometieron el delito en su mayoría por factores económicos, y la mayoría de estas internas no son reincidentes, sin embargo el restante 38% de la muestra si es reincidente, que debe llamar la atención en especial al consejo penitenciario del Centro de Orientación Femenina de Obrajes.

En relación al “estado clínico de salud mental” la mayoría de las internas (n) presenta patrones de somatización y ansiedad, que están “en riesgo” de desarrollar patología de estas o de las demás dimensiones clínicas (9 dimensiones evaluadas con el Inventario de Síntomas SCL-90-R). También, se ha observado en mayor proporción “patologías severas” descritos en la sección de resultados. Además, decir que, en menor proporción los patrones afectados de estar “en riesgo”, son la ansiedad fóbica y el psicoticismo. Finalmente, las dimensiones, depresión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, hostilidad y obsesiones-compulsiones están lejos de convertirse en patología o enfermedad psicológica marcada (de las 9 dimensiones) en la muestra (n) de estudio.

Sobre las “reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria” la mayoría de la muestra (n) de estudio presentan una “buena” (49 de 66 internas) adaptación al contexto o entorno carcelario, que es un dato muy particular y puede corroborarse en subsiguientes proyectos de investigación científica.

Ahora bien, de acuerdo a las correlaciones realizadas entre los nueve patrones o dimensiones (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) del estado clínico de salud mental y las reacciones o respuestas adaptativas (baja, media, buena o muy buena) de la reclusión penitenciaria en la muestra (n) de estudio de sesenta y seis (66) internas del Centro de Orientación Femenina de Obrajes con el estadístico paramétrico coeficiente de correlación de Pearson (r) se ha llegado a establecer una esporádica o parcial asociación entre las variables del presente estudio, que en consecuencia no apoya o aprueba totalmente a la hipótesis de investigación (Hi) planteada en este trabajo.

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.1. ÁREA PROBLEMÁTICA

La presente investigación se efectúa a partir del área de la psicología penitenciaria, clínica y de la salud. De acuerdo a las funciones que desarrolla el psicólogo penitenciario en cualquier recinto carcelario con las personas privadas de libertad son variadas y amplias porque es un lugar donde estas personas pasan las 24 horas del día, lo cual, requiere de la realización de múltiples actividades que en cierta medida como indica Romero (2002), citado en Soria, M. A. y González, A. B. (2006) el psicólogo penitenciario debe adquirir diversas especialidades psicológicas para poder llevar a cabo su trabajo (p. 232).

De las funciones más importantes que debe realizar el psicólogo penitenciario con las personas privadas de libertad son la “evaluación y el tratamiento” (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 232). En la primera el psicólogo penitenciario debe aplicar todos sus conocimientos teórico prácticos respecto a las alteraciones o trastornos psicopatológicos (de las más importantes la personalidad relacionado a las conductas delictivas o criminales) que pueden presentar las personas recluidas en un determinado recinto carcelario. En la segunda a partir de un adecuado y preciso diagnóstico diferencial (primera función) debe efectuar el tratamiento psicológico y social (programas de readaptación social y de reinserción social post penitenciario) indicado por el mismo.

Ahora bien, según la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001), citado en Lequepi, M. J. (2016) en el Título I (Principios y Normas Generales), Capítulo III (Derechos y Obligaciones), Artículo 23 (Revisión Médica) indica que, “A su ingreso al establecimiento a todo interno se le practicará un examen médico para determinar su estado físico y mental y en su caso, adoptar las medidas que correspondan. Todo interno debe ser examinado por lo menos una vez al año” (p. 30). Asimismo, en el Título III (Establecimientos Penitenciarios), Capítulo II (Servicios Penitenciarios), Artículo 97 (Asistencia Psicológica), en uno de sus numerales más importantes señala: 1) “Otorgar tratamiento psicoterapéutico a los internos”.

Como menciona en su análisis Lequepi, M. J. (2016) respecto al Artículo 23 (Revisión Médica) de que “en parte este artículo se incumple no por acción u omisión del servicio médico y psicológico

de los penales sino por la falta de personal para realizar la evaluación anual que indica esta normativa” (p. 30), además, de que lo propio ocurre con el Artículo 97 (Asistencia Psicológica). A su análisis, Lequepi, M. J. (2016) acota lo siguiente, “por lo cual, el estudio, asesoramiento e intervención externo contribuye al trabajo del servicio psicológico, sobre el comportamiento humano que se desarrolla en un ambiente de reclusión” (p. 30).

Actualmente, se ha observado y constatado que en el Centro de Orientación Femenina de Obrajes hay debilidad en la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento psicológico debido a la sobrepoblación de este centro penitenciario y no por incumplimiento u omisión de funciones laborales, por lo cual, este estudio pretende mediante la evaluación del estado clínico de salud mental y de las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria de las mujeres privadas de libertad del recinto carcelario mencionado coadyuvar al servicio o atención psicológica de este penal.

Asimismo, esta investigación en cierta medida es una respuesta a ese acelerado crecimiento de la delincuencia y la inseguridad ciudadana, como penitenciaria, que en estos últimos años ha generado bastante dolor, pérdidas humanas, materiales y otros en la población boliviana. Por lo tanto, este trabajo contribuye de alguna manera en la prevención de la delincuencia, delincuente y delito, a través de la evaluación de la salud mental, la adaptación penitenciaria y de las características sociodemográficas como delictivas de las mujeres recluidas (muestra) en el penal de Obrajes.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En Bolivia, según las estadísticas de la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión (2016/2019) a nivel nacional desde el año 2001 a junio de 2019 la población penitenciaria tanto de varones como de mujeres se ha ido incrementando sustancialmente a casi el triple como se puede observar y constatar en el siguiente Cuadro1.

Cuadro 1. Población penitenciaria nacional varones y mujeres

Gestión	Población penitenciaria (varones y mujeres)	Gestión	Población penitenciaria (varones y mujeres)
2001	7.442	2011	11.516
2002	6.222	2012	14.272
2003	6.103	2013	14.415
2004	6.215	2014	14.220
2005	6.436	2015	13.672
2006	7.331	2016	16.038
2007	7.460	2017	17.836
2008	7.433	2018	18.368
2009	7.954	A junio de 2019	19.064
2010	9.406		

Ahora bien, la pregunta es, si a consecuencia de este crecimiento poblacional carcelario el estado mediante el Ministerio de Gobierno y la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión han implementado nuevos centros penitenciarios tanto para varones como para mujeres, y además para menores o jóvenes infractores, la respuesta a esta pregunta, probablemente es no. Asimismo, es importante preguntarse, si las condiciones en infraestructura, salubridad, higiene, alimentación, mobiliario, seguridad, justicia, educación, atención psicológica y social, entre otros, han mejorado o cada vez son mucho mejores desde el año 2001 a la fecha, creo que la respuesta a esta pregunta también es no.

En relación a estos datos en la investigación (tesis de grado) que realizó Lequepi, M. J. (2016) se extrajo de prensa un informe de la oficina en Bolivia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), en el cual, este Alto Comisionado en ese entonces hacía notar que “las condiciones de detención de las cárceles bolivianas son precarias e incumplen los estándares internacionales contemplados en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre el Tratamiento de los Reclusos”. También, señalaba que “el nivel de hacinamiento es muy alto, ya que hay 14.000 detenidos para una capacidad de 5.000 y más del 80% de los internos no tienen sentencia. Agregaba que es urgente reflexionar sobre esta problemática penitenciaria” (La Razón, viernes 30 de agosto de 2013, p. A 8).

Este informe y otros sobre la realidad carcelaria boliviana claramente evidencian el incumplimiento y la vulneración de los Derechos Humanos de los privados/as de libertad por parte del Estado en Bolivia, y a la fecha esto no ha mejorado o cambiado.

Específicamente algunos de aquellos artículos que se incumplen o vulneran de la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión para tomarlo como referencia son el Artículo 13 (No Hacinamiento) e indica “el estado garantizará que los establecimientos penitenciarios cuenten con la infraestructura mínima adecuada para la custodia y el tratamiento de los internos”. Además, el Artículo 3 (Finalidad de la Pena) señala “la pena tiene por finalidad proteger a la sociedad contra el delito y lograr la enmienda, readaptación y reinserción social del condenado a través de una cabal comprensión y respeto de la Ley”. Asimismo, el Artículo 5 (Respeto a la Dignidad) refiere “en los establecimientos penitenciarios prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos. Queda prohibido todo trato cruel, inhumano o degradante”.

También, las estadísticas muestran y evidencian a nivel nacional que la mayoría de los privados/as de libertad están detenidos/as preventivamente y solo una minoría cuenta con sentencia o condena penal (Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión, 2016/2019) como se presenta en el Cuadro 2 (del 2008 a junio de 2019).

Cuadro 2. *Estado o situación jurídica de la población penitenciaria nacional*

Gestión	Con sentencia	Detención preventiva	Gestión	Con sentencia	Detención preventiva
2008	2.193	4.743	2014	2.577	11.643
2009	1.989	5.996	2015	4.242	9.430
2010	2.233	7.173	2016	5.055	10.983
2011	1.843	9.257	2017	5.420	12.416
2012	2.377	11.895	2018	6.029	12.339
2013	2.418	11.997	A junio de 2019	6.208	12.856

Estas estadísticas sobre la “situación jurídica” de los/as privados/as de libertad primero sustenta irrefutablemente el informe y sugerencia de la OACNUDH, que el 80% de los/as reclusos/as de Bolivia no tienen sentencia condenatoria y solo el 20% tiene una sentencia penal que los/as obliga u ordena su reclusión. Segundo estos datos nos dan una hipotética referencia de que el estado

mental como la adaptación carcelaria es distinto en estas dos situaciones jurídicas, sin embargo se puede afirmar que el deterioro o las alteraciones mentales en general están presentes en alguna medida en ambas situaciones.

Ahora bien, la reciente literatura científica llevada a cabo a nivel internacional ha puesto de manifiesto una elevada prevalencia de trastornos mentales en las mujeres privadas de libertad (Collier y Friedman, 2016; Hales, Somers, Reeves, & Bartlett, 2016; King, Tripodi y Veeh, 2018, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2), hallando una prevalencia superior al 65% (Gottfried y Christopher, 2017, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2). En una revisión sistemática previa (Fazel y Seewald, 2012, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2), que incluía 24 países y 35.000 internos, se estimó una prevalencia aproximada del 4% y del 14% de psicosis y de depresión severa, respectivamente, en la población femenina penitenciaria a escala internacional. En materia de salud mental y factores de riesgo asociados se ha determinado una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en internas con historias previas de victimización (como la victimización emocional, física o sexual) durante la infancia y la edad adulta antes de prisión (Wolff y Shi, 2012, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2), mayores tentativas de suicidio previamente y durante el encarcelamiento, mayor reincidencia penitenciaria, así como un elevado consumo de alcohol y otras drogas (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici y Trestman, 2016, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2). Al igual que sucede en los programas de intervención con drogodependientes, el tratamiento de la salud mental en prisión también se encuentra focalizado casi exclusivamente a las características de los varones (Macdonald, 2013, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2).

Asimismo, a nivel internacional, Estados Unidos es el país donde se llevan a cabo la mayor parte de las investigaciones, y se describe la asociación entre el consumo de alcohol y otras drogas y la prevalencia de trastornos mentales en el colectivo femenino penitenciario (Houser, Belenko y Brennan, 2011; Johnson et al., 2015, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2). Según el baremo de justicia de Estados Unidos (James y Glaze, 2006, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2), aproximadamente el 54% de las mujeres en prisión presentan comorbilidad entre consumo de drogas y trastorno mental, siendo superior al 40% hallado en población masculina. En Australia (Johnson, 2006, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2), en una muestra de 471 mujeres en prisión, se observó que aquellas que presentaban dependencia del consumo de drogas

mostraban una mayor prevalencia de trastornos mentales en relación a las que no mostraban dicha dependencia (84% y 53%, respectivamente). Más recientemente, en un estudio llevado a cabo con 125 mujeres en prisión, con una edad media de 34.3 años, el consumo de alcohol y otras drogas se asociaba de manera estadísticamente significativa a una mayor prevalencia de depresión y/o ansiedad durante el encarcelamiento (Tripodi y Pettus-Davis, 2013, citados en Caravaca, F. y García, M., 2019, p. 2).

Además, si bien hay un buen número de trabajos acerca de la prevalencia de ciertos diagnósticos psicopatológicos en países europeos como latinoamericanos aún existe una gran ausencia de investigaciones de otras variables respecto de los trastornos mentales en general en poblaciones o muestras del ámbito de la psicología jurídica, forense, penitenciaria, criminal, victimología, familia y menores, y otros. Específicamente, hay pocos trabajos que aborden el bienestar o la salud psicológica de las personas privadas de libertad como señala Dudeck, et al. (2011), citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al. (2014, p. 55). Probablemente esto se deba al “quemeimportismo” tanto de parte de las autoridades de los tres niveles del estado como de los profesionales de pre y post grado del área de las ciencias sociales o naturales sobre la población penitenciaria de Bolivia, ya que estos a lo mejor son considerados como el patio trasero de nuestro país o aquellos desechos sociales de los que hay que deshacerse.

En la Universidad Mayor de San Andrés (La Paz - Bolivia), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Carrera de Psicología, según sus registros de investigaciones realizadas en población penitenciaria se cuenta con un número muy mínimo, de los cuales debemos destacar la Tesis de Grado sobre las “Alteraciones neuropsicológicas y trastornos de personalidad en situación de reclusión penitenciaria” (Lequepi, M. J., 2016) y la Tesis de Grado “trastorno de personalidad psicopática y estructura afectivo emocional en reclusos por el delito de asesinato del Centro Penitenciario San Pedro de la ciudad de La Paz” (Ramos, L. F., 2017).

Dudeck, et al. (2011), citado en Quintero-Cárdenas, C. J., et al. (2014) en el estudio que realizó en once países del continente europeo ha identificado que una gran proporción presenta cierta tensión con relación a algunos síntomas, como depresión, ideación paranoide, hostilidad y ansiedad, entre otros (p. 55).

Se resalta que la sintomatología depresiva es uno de los principales factores de riesgo suicida (Dudeck, et al., 2011; Medina, Cardona y Arcila, 2011, citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55); esta puede ser causada por la pérdida de contacto social y el aislamiento (Ruiz, 2007, citado en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55). Además, que los puntajes altos en la dimensión de ideación paranoide pueden atribuirse a la hipervigilancia y el alto control ejercido sobre los reclusos por el grupo de seguridad de la institución carcelaria (Dudeck, et al., 2011, citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55). En cuanto al psicoticismo, existe una mayor prevalencia de trastornos psicóticos en población delincente con delitos de carácter no sexual (Faria, Rigonatti, Saffi, Martins y Serafim, 2011, citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55). Los puntajes altos en esta dimensión pueden ser consecuencia de la estancia en prisión (Dudeck, et al., 2011, citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55) y el consumo de drogas y sustancias psicoactivas (anfetaminas, cocaína, cannabis, etc.) (Brugha, et al., 2005; Farrel, et al., 2002, citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55).

También, de acuerdo a las consecuencias no intencionales del proceso de prisionalización planteado por Dye (2010), citado en Quintero-Cárdenas, C. J., et al. (2014, p. 54), es importante mencionar que la alta prevalencia de trastornos mentales en población privada de libertad es una de ellas (Armour, 2012, citado en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55) y como lo indican Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams y Murray (2009), citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al. (2014), las personas con trastornos psiquiátricos o mentales tienen más probabilidad de tener encarcelamientos previos, en comparación con las personas con ausencia de algún tipo de enfermedad psiquiátrica (p. 55).

El internamiento en prisión suele ser considerado como uno de los sucesos más traumáticos que puede experimentar una persona (Holmes & Rahe, 1967; Valdés & Florez, 1985, citado en Ruiz, J. I., 2007, p. 548), al reunir varios de los rasgos atribuidos a un evento traumático, como son la ruptura con el ritmo y estilo de vida habitual de la persona, el alejamiento de la red social, afectando a las rutinas sociales, laborales y de ocio, y la inserción en un medio que adolece de muchas privaciones. Por otro lado, el ingreso en prisión puede actuar como el inicio de una cadena de estresores –dificultades con la pareja, disminución de ingresos familiares, comunicar a los hijos la situación del encierro del familiar, etc.- (Mellizo & Moreno, 2006, citado en Ruiz, J. I., 2007, p. 548), y favorece el locus de control externo por la sumisión al régimen del centro –horarios,

contadas– y a las normas del grupo de internos, y por la falta de privacidad e intimidad (García-Borés, 1998; Goffman, 1984; Páez, 1980; Valverde, 1991, citados en Ruiz, J. I., 2007, p. 548). Todos estos aspectos permiten analizar la experiencia del encarcelamiento desde una perspectiva psicosocial (Zamble & Porporino, 1990; Gutiérrez, 1997; Martínez-Taboada & Arnosó, 1999, citados en Ruiz, J. I., 2007, p. 548), desde a) los efectos psicológicos –cognición, emociones, sexualidad– del encarcelamiento, b) el clima social en prisión, o c) la cultura formal e informal de este tipo de establecimientos.

En consecuencia, es complejo el proceso de adaptación a la vida en prisión, proceso que se manifiesta en diversas esferas de la personalidad, las emociones y la conducta individual y grupal, y que se ha estudiado desde ópticas teóricas diversas y excluyentes entre sí. Por ejemplo, los estudios que se centran en los aspectos individuales de la vida en prisión, o sobre el clima organizacional o sobre la cultura carcelaria desconocen los hallazgos de los demás enfoques, con lo cual se carece de una comprensión integral, en lugar de fragmentada e incompleta del proceso de adaptación a la prisión (Ruiz, J. I., 2007, pp. 549 - 550).

En el presente trabajo las “reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria” en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz se ha estudiado desde la perspectiva postulada por Calderón, R. (2011), que identifica la presencia o ausencia de respuestas adaptativas en un ambiente de reclusión penitenciaria.

Asimismo, en la tesis de grado: *estrés, autovaloración y alteraciones emocionales en relación al afrontamiento en el proceso adaptativo al ambiente de reclusión en mujeres internas en el Centro Penitenciario Femenino de Alta Seguridad “Miraflores” en la ciudad de La Paz*, Gemio, N. C. (2012) respecto al proceso adaptativo al ambiente de reclusión en una muestra (n) de estudio de 20 mujeres privadas de libertad de dicho centro carcelario llegó a las siguientes puntualizaciones (conclusiones): 1) “se considera evidente la presencia de un procesos adaptativo inusual en las internas del centro penitenciario”, 2) “independientemente de la presencia de alteraciones emocionales ocasionadas por el estrés, las internas constituyen una relación estable con el entorno no exenta de tensiones ya que la adaptación alcanzada es funcional” y 3) “...se aprecia el conflicto existente entre la necesidad de adaptación a las exigencias del entorno y el obstáculo impuesto por el persistente estado de tensión generado por las alteraciones emocionales, no obstante como es característico de todo proceso adaptativo se tiende a buscar un equilibrio entre las demandas y

capacidad para hacer frente a estas. Dada las circunstancias de privación de libertad las demandas externas generan un estado de malestar interno que sin embargo es contrarrestado con el manejo oportuno de respuestas de afrontamiento que viabilizan el proceso de adaptación y acomodación al entorno” (pp. 174 - 175).

En consecuencia de las diferentes perspectivas teóricas o enfoques, y sobre todo a referencia de las conclusiones alcanzadas en el estudio llevado a cabo por Gemio, N. C. (2012) sobre la adaptación penitenciaria. Además, tomando en cuenta las precarias condiciones de salubridad que presentan la mayoría o todos los recintos carcelarios de Bolivia, en particular el Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz, en esta, las mujeres privadas de libertad al ingresar y durante toda su reclusión deben asumir o adecuar su comportamiento a los distintos modos, formas, situaciones de vida de este penal. Asimismo, están sujetas a la obediencia de sus reglas o normas legalmente constituidas (Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión, 2001). Ahora bien, todos estos factores inciden o afectan en el proceso adaptativo al inicio como durante toda la estadía de la privación de la libertad, y en consecuencia en la salud mental de las mujeres privadas de libertad del indicado centro carcelario.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la salud mental y la adaptación penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar el estado clínico de salud mental de las mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz.

Evaluar las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz.

Describir las características sociodemográficas y delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz.

Relacionar entre el estado clínico de salud mental y las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN (Hi)

Existe relación entre el estado clínico de salud mental y las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz.

1.4.2. HIPÓTESIS NULA (Ho)

No existe relación entre el estado clínico de salud mental y las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz.

1.5. JUSTIFICACIÓN

La sobre población de privados/as de libertad tanto de sentenciados como de preventivos, más las condiciones paupérrimas de la mayoría de las cárceles de Bolivia, con una alta inseguridad penitenciaria, donde se vulneran e incumplen los tratados o convenios internacionales y leyes nacionales sobre Derechos Humanos, entre otros, y a referencia de los estudios descritos en adelante que son concluyentes en cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales en población penitenciaria femenina en particular, este trabajo plantea la evaluación de la salud mental y adaptación penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes con la finalidad de otorgar una respuesta científica respecto al bienestar, la salud psicológica/mental y la calidad de vida de estas personas, que actualmente presentan, debido a su reclusión carcelaria y en las condiciones precarias o negativas ya señaladas en que cumplen esta detención.

Además, que los programas de readaptación social e inserción social post penitenciaria determinados en los “consejos penitenciarios” y llevados a cabo por los equipos multidisciplinarios (área: legal, médica, psicológica, social y educativa) en las distintas cárceles a nivel nacional al

parecer no tienen la suficiente efectividad en la intervención y tratamiento de los privados/as de libertad, ya que de algunas investigaciones revisadas como ser de Lequepi, M. J. (2016) de una muestra (n) de 57 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz se ha reportado que el 25% (14 internas) son reincidentes (pp. 172 - 173), también en el estudio de Ramos, L. F. (2017) de una muestra (n) de 58 privados de libertad por el delito de asesinato del Centro Penitenciario San Pedro de la ciudad de La Paz se ha identificado que el 19% (11 sujetos) son reincidentes (pp. 78 - 79), en consecuencia estos datos de reincidencia de alguna manera e indirectamente apoyan a lo anteriormente señalado sobre la falta de efectividad de los programas implementados en la intervención y tratamiento de los reclusos/as.

Respecto a la “clasificación penitenciaria” se ha observado que los privados/as de libertad no están categorizados de acuerdo al diagnóstico de personalidad y psicopatológico, en base a los antecedentes penales (historia criminal o delictual), sobre todo según el tipo/s de delito/s cometido/s ya sean estos violentos o no violentos, en función de las medidas o sentencias (con sentencia o preventivo) impuestas por la autoridad judicial, entre otros, estos factores suman aún más a la multiplicidad de necesidades o problemáticas que se tienen en las “instituciones totales” a nivel nacional.

En razón a las condiciones y factores señalados sobre la realidad carcelaria actual boliviana la realización del presente estudio es una necesidad primordial y pertinente, ya que el lugar, el medio y la organización del Centro de Orientación Femenina de Obrajes clínicamente ofrece que se manifiesten (en casos nuevos) o exacerben (en casos ya existentes) síntomas relacionados a la salud mental/psicológica, y de reacciones o respuestas desadaptativas ante las condiciones y factores que presenta este centro carcelario, lo cual, conlleva en general al deterioro de llevar una “vida social positiva, productiva y saludable”, aun a la situación jurídica que atraviesan las mujeres detenidas en el recinto penitenciario señalado.

Entonces el principal aporte de este estudio es la evaluación y el diagnóstico del estado clínico de salud mental y las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria, y medir el grado de relación que presentan estas dos variables de investigación, estos datos clínicos coadyuvarán al trabajo que están desarrollando día a día tanto consejo penitenciario como el equipo multidisciplinario en el penal de Obrajes, en particular al área de psicología, para que pueda brindar

una mejor y más adecuada atención, tratamiento y seguimiento psicológico de las mujeres privadas de libertad de este establecimiento carcelario, y que también puedan evitar mayores complicaciones clínicas psicológicas como somáticas efecto de la reclusión.

Asimismo, este trabajo es un aporte importante para aquellas instituciones de los distintos niveles del estado e instituciones no gubernamentales (ONGS, fundaciones, iglesia católica y evangélica, entre otros) vinculados y que brindan servicio social, profesional, comunitario y religioso a la población penitenciaria en Bolivia, con la finalidad o misión de alcanzar resultados satisfactorios u óptimos respecto a la “Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente”, que es el mandato internacional sobre los Derechos Humanos de las “Personas Privadas de Libertad” consignadas o refrendadas en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, y que han sido adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas celebrado en Ginebra en 1955 y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus Resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977 (p. 7). Además, a nivel nacional esta finalidad está determinada en la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión, en su Artículo 3 (Finalidad de la Pena), el cual, fue descrito en el planteamiento del problema.

Sin duda alguna a la fecha hay una buena cantidad de referencias internacionales sustentando que los centros penitenciarios proporcionan un entorno dañino para el bienestar mental de una apersona (Arroyo, J. M., 2011). Las diferentes situaciones que vive en su interior originan la aparición de síntomas mentales o su exacerbación, puesto que, adicional al aislamiento social y familiar, se ven enfrentados a la estigmatización y discriminación (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2011, pp. 9 – 39). Se ha identificado también la asociación entre la presencia de trastornos mentales y el abuso de sustancias psicoactivas así como con el aumento en el riesgo de presentar conductas suicidas en comparación con la población general y, en un mayor porcentaje, cuando se trata de personas jóvenes (Fraser, A., Gatherer, A. y Hayton, P., 2009). Estos estudios precedentes de otros contextos carcelarios nos hacen hipotetizar más aún que nuestra población penitenciaria no está exenta de sufrir alteraciones de salud mental y desadaptativas efecto de la privación de la libertad y del entorno carcelario, estas razones han motivado la realización del presente estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La psicología de la salud o la salud mental en su concepción y desarrollo necesariamente incluye a la psicología clínica o el estudio de los trastornos mentales, ya que es parte de la unidad del objeto de investigación (ser humano), entonces en el presente marco teórico se describe y explica subsecuentemente el proceso que ha seguido y tiene la psicología de la salud o la salud mental, respecto de esta variable de estudio.

2.1. MODELO SOBRENATURAL

Desde la antigua Grecia, a la mente se le ha llamado “alma o psique” y se consideraba separada del cuerpo. Si bien muchos han pensado que la mente puede influir en el cuerpo, y a su vez este puede influir en la mente, la mayoría de los filósofos buscaban las causas de la conducta anormal en una u otra. Esta escisión dio lugar a las tradiciones de pensamiento sobre el comportamiento anormal, resumidas como “tradicción sobrenatural, biológica y psicológica” (Barlow & Durand, 2001, citados en Mebarak, M., et. al, 2009, p. 85).

Los seres humanos siempre han puesto la existencia de agentes externos a nuestro cuerpo y ambiente que influyen en nuestra conducta, pensamiento y emociones. Estos agentes, concebidos como divinidades, demonios, espíritus o algún otro fenómeno, como los campos magnéticos o la luna o los astros, son las fuerzas impulsoras que hay tras el “modelo sobrenatural” (Mebarak, M., et. al, 2009, pp. 85 - 86).

2.2. MODELO BIOLÓGICO

En la “tradicción biológica”, los trastornos se atribuyen a enfermedades o a desequilibrios químicos. El médico Hipócrates (460 – 377a.C.), considerado el padre de la medicina moderna, puso en entredicho, entre otras, la creencia de que la epilepsia era una enfermedad divina o sagrada, atribuyendo tal creencia a quienes la temían y no la entendían (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 86).

Hipócrates consideraba que el cerebro era la sede de la voluntad, la conciencia, la inteligencia y las emociones. Creía que los trastornos psicológicos podrían tratarse como cualquier otra enfermedad, ya que consideraba que podían tener por causa alguna patología o traumatismo cerebral y verse

influido por la herencia. Por lo tanto, los trastornos asociados con estas funciones se ubicarían, por lógica, en el cerebro; Hipócrates diagnóstico y trató la manía, la melancolía, la paranoia y la histeria (Barlow & Durand, 2001, citados en Mebarak, M., et. al, 2009, p. 86). Asimismo, reconoció la importancia de las contribuciones psicológicas e interpersonales a la psicopatología, como los efectos a veces negativos de la tensión familiar; y, en algunas ocasiones, separó de sus familias a sus pacientes (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 86).

2.3. MODELO PSICOLÓGICO

En la “tradición psicológica”, la conducta anormal se le atribuye a un desarrollo psicológico imperfecto y al contexto social. Durante la primera mitad del siglo XVIII hubo una aproximación psicosocial a los trastornos mentales, llamada terapia moral. El término moral en realidad significaba “emocional” o “psicológico”, relacionado en mayor medida con un código de comportamientos. Sus principios básicos comprendían en tratar a los pacientes internados en la forma más natural posible en un medio que motivara y fortaleciera la interacción social normal, lo que les proporcionaba muchas oportunidades de contacto social e interpersonal apropiados. Se cultivó cuidadosamente las relaciones, y la atención individual se concentró claramente en las consecuencias positivas de las interacciones y el comportamiento apropiados. Si bien los principios de esta terapia moral se remontaban a tiempos de Platón o anteriores, esta técnica se originó como sistema con el conocido psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1826) (Davison & Neale, 2002; Barlow & Durand, 2001, citados en Mebarak, M., et. al, 2009, p. 86).

2.4. MODELOS DEL SIGLO XX

En el siglo XX surgen escuelas de pensamiento muy diferentes. El primer método importante fue el psicoanálisis, basado en la elaboración teórica de Sigmund Freud (1856-1939) sobre la estructura de la mente y la función de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta. La segunda fue el conductismo, asociada a John B. Watson, Iván Pavlov y B. F. Skinner, quienes se concentraron en la forma en que influye el aprendizaje y la adaptación en el desarrollo de la psicopatología (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 87).

2.5. RESPECTO A LOS TRATAMIENTOS DE LOS MODELOS

Cada uno de los modelos cuenta con su forma de tratar a los individuos que padecen trastornos psicológicos. 1) “los tratamientos sobrenaturales”, comprenden el exorcismo, que consistía en la práctica de una serie de rituales religiosos para librar el cuerpo de los espíritus sobrenaturales. 2) “los tratamientos biológicos”, por lo común hacen énfasis en el cuidado físico y la búsqueda de curas médicas, en particular las cirugías y los fármacos. 3) “los planteamientos psicológicos”, se sirven de tratamientos psicosociales, que participan con la terapia moral e incluyen la psicoterapia moderna (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 87).

Ahora bien, los anteriores tratamientos de igual forma hacen evidente diversas tendencias teóricas en salud mental que las sustentan y están enmarcadas en un contexto histórico, que se pueden resumir en las siguientes teorizaciones: a) ligadas a la clínica, b) basadas en el análisis psicopatológico, c) de la psiquiatría dinámica, d) provenientes de la neurobiología, neuroquímica, estudios endocrinos y metabólicos, e) a partir de intervenciones comunitarias e institucionales (Galende, 1994, citado en Mebarak, M., et. al, 2009, p. 88).

2.6. LA CONDUCTA NORMAL Y ANORMAL EN EL MARCO DE LA SALUD MENTAL

En la actualidad, los teóricos de las ciencias sociales consideran que se pueden observar varios componentes para referirse a la “anormalidad” (Mebarak, M., et. al, 2009, pp. 88 - 89):

- a) *Infrecuencia estadística*. Al afirmar que alguien es normal, se da a entender que no se desvía significativamente del promedio de rasgos o conductas comunes de una población general; es decir, no se separa desproporcionadamente de las características específicas y patrones de comportamiento del común de las personas en un entorno.
- b) *Violación de normas*. Se ha dicho que la conducta anormal es también aquella que viola las normas sociales y constituye una amenaza (en algún grado o sentido) o produce ansiedad en quienes la observan.
- c) *Aflicción personal*. La anormalidad sugiere la idea de sufrimiento personal. En este sentido, la conducta puede ser anormal si le produce una gran aflicción a quienes la manifiestan, así como dolor, disfuncionalidad y/o tormento.

- d) *Incapacidad o disfunción*. Hace alusión a que el individuo está imposibilitado para alcanzar alguna meta (personal, social, familiar, laboral, etc.) debido a su estado mental, afectivo y/o de comportamiento.

Desde este punto de vista, se considera a un individuo “normal” si muestra la suficiente capacidad para relacionarse con su entorno en una manera flexible, productiva y adaptativa, y si sus percepciones de sí mismo y del entorno son constructivas y promotoras de equilibrio propio (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 89).

Tomando como referencia este marco, y para entender la salud mental, es necesario observar, en primer lugar, que se entiende por salud; a nivel general, y según Oblitas (2004, p. 3), citado en Mebarak, M., et. al (2009, p. 89), es “el bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo”. De igual forma, Dubos (1975), citado en Mebarak, M., et. al (2009, pp. 89 - 90), manifiesta que la salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este. La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanente reestructuraciones de nuestros esquemas internos.

Así, se considera a un individuo normal si muestra la suficiente capacidad para relacionarse con su entorno de una manera constructiva, flexible, productiva y adaptativa, y si sus percepciones de sí mismo y del entorno son promotoras de equilibrio cognitivo-afectivo, de relaciones interpersonales duraderas, abiertas, sanas y estables, y de patrones de comportamiento funcionales (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 90).

Ahora bien, no existe una línea divisoria rígida que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está; existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se la posee. Por otra parte, tampoco la ausencia de uno de estos atributos puede admitirse como prueba de “enfermedad” mental. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 90).

Asimismo, De Castro (2000), citado en Mebarak, M., et. al (2009, p. 90) indica que la “psicología y la psicopatología” se hace evidente en los datos que ofrece y se explica en el DSM para diagnosticar las diferentes enfermedades mentales, en todo momento se hace una estricta y detallada referencia a los criterios y características para el diagnóstico en relación a los síntomas que sufre el individuo, a la forma como estos evolucionan durante la enfermedad, a las estadísticas en cuanto al pronóstico y la prevalencia de la misma, a los subtipos y trastornos asociados, y a los criterios para hacer un diagnóstico diferencial; pero en ningún momento esclarecen la base o estructura experiencial sobre la que dichos síntomas y enfermedades se construyen y, por consiguiente, tampoco proporcionan claridad sobre como comprender el significado de la enfermedad mental de quien la está viviendo.

2.7. CONCEPCIONES ACERCA DE LAS PERSONAS CONSIDERADAS MENTALMENTE SANAS

Entre algunas de las características de las personas mentalmente sanas, quisiéramos resaltar las mencionadas por Pacheco (2005), citado en Mebarak, M., et. al (2009) en su artículo “El concepto de salud mental” (p. 91):

- a) Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones). Pueden aceptar las decepciones de la vida sin alterarse dramáticamente. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son capaces de reírse de sí mismas.
- b) Se sienten bien con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas. Son capaces de confiar en los demás y están abiertos experiencialmente a que los otros confían en ellos. Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- c) Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. Aceptan sus responsabilidades ante los problemas que se van presentando. Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que puedan sentir.

En este orden de ideas, Acosta (2004) y Schultz y Schultz (2002), citados en Mebarak, M., et. al (2009) hacen alusión a que en los últimos años se ha venido promoviendo, desde la psicología

humanista, una nueva concepción de salud mental. Es así, que Carl Rogers habla de conducta madura y de personas de funcionamiento completo como sinónimo de normalidad (o salud mental) y describe las siguientes características como esenciales en este tipo de personas (pp. 91 - 92):

- a) *Apertura a la experiencia.* Tanto a los sentimientos positivos como a los negativos; no están a la defensiva y no necesitan negar o distorsionar las experiencias.
- b) *Viven cada momento de manera plena y rica.* Cada experiencia es fresca y nueva en potencia. No necesitan estructuras preconcebidas para interpretar cada suceso rígidamente; son flexibles y espontáneas.
- c) *Confían en su propio organismo.* Es decir, confían en sus propias reacciones en lugar de siempre guiarse por las opiniones de otros o por juicios intelectuales (separados de las necesidades afectivas). Son personas auténticas o satisfechas de sí mismas.
- d) *Poseen un sentido de libertad para hacer elecciones sin restricciones o inhibiciones forzadas.* Esto produce una sensación de poder, porque saben que su futuro depende de sus propias acciones y no está totalmente determinado por las circunstancias presentes, los sucesos pasados o por otras personas. Asumen responsabilidad por sus decisiones y conducta.
- e) *Son personas creativas, y viven de manera constructiva y adaptativa conforme cambian las condiciones ambientales.* La espontaneidad y la flexibilidad son características aliadas de la creatividad.

Adicionalmente, Masterson, citado por Preston (2003), expresa que dentro de las características esenciales para la salud mental se encuentran:

- a) *Espontaneidad y viveza del afecto.* Refleja la capacidad de experimentar la amplia gama de emociones humanas y de poder (o permitirse) sentirlas profundamente si es necesario, de acuerdo con el proyecto de vida autoescogido.
- b) *Capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos.* Implica, hasta donde sea posible, la descripción detallada de la propia experiencia, así como de la forma de reaccionar y asumir una situación.
- c) *Valoración positiva de uno mismo.* Internacionalización de derecho a sentirse bien consigo mismo al conseguir las cosas, del derecho a sentirse orgullo y a valorar lo que se hace.

- d) *Autoafirmación*. Implica la convicción interna de que está bien expresar los propios sentimientos, necesidades y opiniones cuando sea necesario, así como defenderse cuando estos han sido heridos por otros. También se trata de la capacidad y la disposición para llevar las propias convicciones a terreno de la acción.
- e) *Intimidad*. La capacidad de expresarse de forma abierta y honesta con alguien a quien se requiere, lo que implica compartir la ternura, la necesidad o el dolor emocional.
- f) *Compromiso*. Que viene a ser la capacidad y la disposición para perseverar en los momentos difíciles.

2.8. APORTES AL CONCEPTO DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Oblitas (2004, p. 15), citado en Mebarak, M., et. al (2009) comenta: “La asociación de Psicología Americana (APA) crea en 1978 la *health psychology*, la división de la psicología de la salud hacia la cual confluyen distintas disciplinas de la psicología para el surgimiento de una nueva área que implica estudios de relevancia experimental, social, clínica y fisiológica, así como el desarrollo de estudios epidemiológicos, etc. Al año siguiente de su creación publico el primer manual: *Health psychology: A handbook* (Stone, Cohen & Adler, 1979) (p. 93)”.

Toda esta temática sugiere, desde la perspectiva de la psicología de la salud, la necesidad de estudiar comportamientos específicos que están directamente relacionados con el desarrollo o mantenimiento de la salud, como son los estilos de vida y su relación con el VIH Sida, enfermedades cardiovasculares, el abuso del alcohol y de sustancias psicoactivas legales e ilegales, la capacidad de enfrentarse a circunstancias estresantes (*coping*), desarrollo psicoafectivo, y hábitos sexuales y alimenticios, entre muchos otros (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 93).

En este sentido, en el desarrollo de la psicología de la salud, tal como muchos autores han mostrado (Marks, 2002; Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Rodin & Salovey, 1989; y Marks & Yardley, 2004, citados en Mebarak, M., et. al, 2009, pp. 93 - 94), ha influido muchísimo la creciente evidencia investigativa de que gran parte de los actuales índices de mortalidad y enfermedad están relacionados con los estilos de vida de los seres humanos y condiciones psicosociales en general, como se puede observar en la forma como actuales características de la vida cotidiana, tales como el aumento de situaciones estresantes y de factores de riesgo, la orientación del desarrollo

psicoafectivo, el aumento de la pobreza y la violencia cotidiana, y el abuso del alcohol y de sustancias psicoactivas están repercutiendo directamente sobre la salud y el desarrollo de la enfermedad. En este sentido, Matarazzo define la psicología de la salud (2002), citado en Mebarak, M., et. al (2009) de la siguiente forma:

“Psicología de la salud es el agregado específico de las contribuciones profesionales, científicas y educacionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico referentes a la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas a ellas, y al análisis y mejoría del sistema de salud y de la formación de políticas en salud (p. 94)”.

A pesar de que esta definición de Matarazzo de la psicología de la salud ha sido ampliamente aceptada, deberíamos aclarar que esta definición podría resultar muy general debido a que incluye cualquier dominio o tópico relacionado con la salud, no importando si funciona a un nivel primario, secundario o terciario en lo que se refiere al cuidado y tipo de intervención. Esto implica que esta definición, en determinado momento, no permitirá diferenciar entre psicología clínica y psicología de la salud (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 94).

Basados en esta visión y concepción de la salud, podemos afirmar que nuestro objetivo último sería diseñar programas tanto de prevención de la enfermedad como de promoción y mantenimiento de la salud, mediante un conocimiento contextualizado de nuestra realidad psicológica (en sus aspectos afectivos y cognoscitivos) y socio-culturales, para que, basados en dicho conocimiento y comprensión, se realicen programas orientados al fortalecimiento de una red de servicios de salud y al desarrollo de estilos de vida sanos y coherentes a las necesidades concretas de nuestro entorno inmediato que, a su vez, también permitan reducir el impacto negativo de nuestra problemática psicosocial sobre las distintas poblaciones, comunidades, grupos, organizaciones y familias. En este sentido, y de acuerdo con los lineamientos de la Política de Salud Mental, estipulados por el Ministerio de Protección Social (2004), entendemos que dado que el concepto de salud sobrepasa la ausencia de síntomas y es una condición esencial para el desarrollo de habilidades y potencialidades a nivel individual y colectivo, afirmamos que la labor de la psicología de la salud debe comenzar por identificar y entender los mecanismos de adaptación que el ser humano elabora en las diversas situaciones, tanto cotidianas como adversas, y así comprender por qué ciertas estrategias son más eficaces que otras (Mebarak, M., et. al, 2009, pp. 94 - 95).

En este sentido, la investigación en el área de la salud implica y nos exige mantener una permanente vigilancia sobre los estilos de vida de nuestra población, así como de los procesos y las dinámicas inherentes a los problemas psicosociales y a los distintos trastornos que nos afectan, para así poder realizar investigaciones realmente pertinentes a las necesidades de nuestro medio y entorno inmediato (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 95).

A lo largo de los últimos años se ha presentado un importante desarrollo en las ciencias básicas y aplicadas, tales como inmunología y la epidemiología, que ha estado directamente relacionado con la salud en algún sentido, tal como se evidencia en la reducción o eliminación de antiguas condiciones médicas críticas, tales como la influenza, la poliomielitis, la tuberculosis y el sarampión. Desafortunadamente, al mismo tiempo que se han reducido o eliminado estas enfermedades y muchas otras condiciones médicas críticas, se han desarrollado, agravado, o aumentado otras condiciones médicas, tales como las enfermedades de pulmón, cardiovasculares, y el cáncer, entre otras (Marks, 2002, citado en Mebarak, M., et. al, 2009, p. 95), así como otras condiciones y estilos de vida que están repercutiendo directamente sobre la salud, tales como el aumento del stress en la vida cotidiana, de la pobreza, de accidentes de tránsito, del abuso del alcohol y de sustancias psicoactivas, y de los malos hábitos alimenticios, entre muchas otras.

En este sentido, mientras algunos pocos teóricos continúan afirmando que los factores y variables psicosociales no repercuten directamente sobre la salud y la enfermedad, a nivel general, los investigadores hoy en día afirman que el conocimiento y las distintas técnicas de investigación de ciencias sociales como la psicología, pueden aportar y enriquecer el entendimiento de la salud y enfermedad en un sentido físico. Al respecto, Marks, Murray, Evans y Willig (2000), citados en Mebarak, M., et. al (2009) afirman que la psicología de la salud resulta de la integración de las perspectivas provenientes del modelo biomédico, del modelo biopsicosocial y del modelo de las ciencias humanas (pp. 95 - 96).

Ahora bien, deberíamos comprender y clarificar que la psicología de la salud trabaja y apunta sobre todo al nivel primario de intervención, en el cual el énfasis de la psicología recae sobre la salud en sí, y no sobre la enfermedad. Esto significa que el énfasis de la psicología de la salud sería la promoción y el mantenimiento de procesos psicológicos y actitudes que afiancen la salud, lo cual, a su vez, implica trabajar en prevención primaria de la enfermedad con personas en situaciones cotidianas. De esta forma, los aspectos técnicos del tratamiento para personas que se encuentran en

alto riesgo de sufrir alguna enfermedad o para el abordaje y recuperación de alguna problemática que implique algún trastorno a nivel cognoscitivo, psicoafectivo, psicosocial y la relación de estos con el aspecto biológico, serian dominio de la psicología clínica propiamente dicha, lo que significa que esta última trabaja más a nivel de intervención secundaria y terciaria (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 96).

En este punto, es pertinente aclarar que el concepto de psicología clínica se ha entendido de diferentes maneras a lo largo de los últimos 50 años. Después de años de intentar definirla, la división de psicología clínica de la APA publicó un folleto con esta definición (Cullari, 2001, citado en Mebarak, M., et. al, 2009, p. 96):

El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socio-económicos.

Anteriormente, la psicología clínica se entendió como una psicología de la medicina psicosomática, o en un sentido más amplio, como la aplicación de los conocimientos, técnicas y métodos de las disciplinas psicológicas básicas y de sus disciplinas inmediatas –psicología profunda, sociología y pedagogía social- en el campo clínico. Posteriormente, y como respuesta a un enfoque patológico dominante, surgió la psicología de la salud (Stone y otros, 1979, citado en Mebarak, M., et. al, 2009, pp. 96 - 97), la cual abarca los aportes de la psicología que tienen por objeto el mantenimiento de la salud, así como la prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta que comprende esfuerzos interdisciplinarios encaminados al fomento o promoción de la salud general tal como es concebida por la Organización Mundial de la Salud.

Así, deberíamos clarificar que la definición de la psicología clínica y de la salud no es un tema estático que es definido solamente de acuerdo con criterios teóricos, sino que está enmarcado tanto en las condiciones particulares de cada persona como en el contexto socio-cultural en el que esta se encuentre. De esta forma, basados en la aplicabilidad del conocimiento y técnicas psicológicas, comprendemos que mientras el objetivo fundamental de los psicólogos clínicos a nivel investigativo es construir conocimiento sobre conceptos y procesos psicológicos relacionados con

la psicopatología, orientando los esfuerzos hacia el desarrollo de programas de tratamiento a nivel de intervención secundaria y terciaria, también entendemos que el objetivo fundamental de los psicólogos de la salud es entender, clarificar, y apoyar la promoción y mantenimiento de la salud y los procesos relacionados a ella tanto en individuos como en comunidades, así como hacia la construcción de conocimiento sobre conceptos y procesos psicológicos relacionados con la enfermedad. Apoyamos esta visión de la psicología clínica y de la salud en la propuesta del Ministerio de Protección Social (2004), que sugiere que toda política pública de salud mental debe orientarse a promover, aumentar y proteger la salud mental de todas las poblaciones del país, tanto a nivel individual como colectivo, lo cual, a su vez, servirá de soporte para el diseño y desarrollo de programas preventivos y de tratamiento destinados a enfrentar las diversas problemáticas en este campo (Mebarak, M., et. al, 2009, p. 97).

Entonces, adentrarnos en el área de la salud es pensar al psicólogo imbuido en un contexto social, tomando como prioridad tanto a los individuos, como al individuo particular, dedicado a su bienestar en este sentido. Así, el área de psicología de la salud se enfoca en el bienestar a un nivel tanto social como individual. Esto la diferencia necesariamente de la psicología clínica donde la labor primaria es individual y se enfoca principalmente en procesos terapéuticos (orientados a solucionar conflictos o problemas ya existentes), amén de otros factores estrechamente relacionados, tales como interconsultas hospitalarias, etc. (Mebarak, M., et. al, 2009, pp. 97 - 98).

En este marco de referencia, la psicología de la salud se preocupa por estudiar la relación entre la salud y la enfermedad con algunas variables independientes, como son las predisponentes (tales como tipos de personalidad, dificultades con la expresión afectiva y disposiciones actitudinales), factores cognitivos, tales como las representaciones mentales de la salud y la enfermedad, capacidad de autocontrol, y percepciones de riesgo y vulnerabilidad, recursos sociales/ambientales (tales como el apoyo o soporte social, ambiente laboral y la familia), y aspectos socioculturales y demográficos, tales como el género, la edad, el origen étnico, y clase social (Rodin & Salovey, 1989, citados en Mebarak, M., et. al, 2009, p. 98).

Esta situación hace que el campo de acción de la psicología de la salud sea bastante amplio, debido a que implica trabajar de forma interdisciplinaria temáticas que antiguamente eran exclusivas, bien sea de la medicina o de la psicología. Esto, a su vez, de acuerdo con teóricos como Marks, Murray, Evans y Willig (2000), citados en Mebarak, M., et. al (2009), implica que para lograr un

entendimiento adecuado y completo de la temática relacionada a la salud, debemos abordarla y estudiarla mediante la implementación de métodos cuantitativos y cualitativos de investigación (p. 98). Varios paradigmas han surgido en este campo, entre los cuales podemos mencionar los siguientes (Mebarak, M., et. al, 2009, pp. 98 - 99):

- a) El *paradigma clásico*, el cual involucra variables esencialmente psicológicas (cognitivas , afectivas, comportamentales, psicosociales y psicofisiológicas) e implica la relación de determinantes clásicos de la enfermedad, considerados como “antecedentes”, que corresponden a las características biológicas, psicológicas y sociales, que interactúan con unos factores “desencadenantes”, tales como los eventos de vida o estresores. Estos determinantes, también conocidos como predictores, son “moderados” por factores que modulan su intensidad o efecto. Los factores moduladores son, por ejemplo, el estrés y control percibido, el apoyo social y los niveles de ansiedad estado. Sin embargo lo que es más novedoso es la capacidad que se le asigna al individuo para reaccionar frente a estos factores, la cual es descrita con el concepto de Coping (capacidad de enfrentarse a estas circunstancias). Esto implica que las personas reaccionan mediante estrategias perceptivas-cognitivas, afectivas, comportamentales y psicosociales para hacer frente a estas situaciones, indicadas en los criterios de adaptación (Lazarus & Folkman, 1986).
- b) El *paradigma biopsicosocial*, el cual implica la interacción entre diversos sistemas biológicos y psicológicos, y a su vez entre sistemas internos (co-funcionamiento entre emociones, percepciones, cogniciones y comportamientos para dar cuenta de los aspectos psicológicos del Coping y entre los sistemas neuroendocrinos e inmunitarios para los aspectos biológicos).
- c) *Paradigma Psicología Cuantitativa de la Salud* (el cual se ha dado a conocer mucho más por su nombre en inglés Qualitative Health Psychology), la cual replantea la orientación cuantitativa en la psicología de la salud para centrarse en la observación de un “sujeto en situación” en su aspecto único, remarcando la importancia de comprender la construcción social del concepto de salud y enfermedad. Es decir que se interesa en el sujeto y en su contexto inmediato en una relación que implica tanto la subjetividad propia del individuo, como la intersubjetividad inherente al contexto de la vida humana.

Estos estudios acerca de la psicología Cualitativa de la Salud surgen a partir de la profunda necesidad de investigación en estas áreas que permitan un mejoramiento integral de la calidad de vida de las personas. Por tanto, si bien es cierto que el psicólogo de la salud tiene conocimiento en las áreas de psicopatología, desarrollo humano o salud mental, también es cierto que la visión del psicólogo inmerso en el consultorio, analizando y resolviendo los problemas individuales, se ha ampliado a la luz de las investigaciones e intervenciones preventivas y a nivel macro que desde esta área se realizan en la sociedad desde la psicología de la salud (Mebarak, M., et. al, 2009, pp. 99 - 100).

En el presente estudio se aborda la salud mental o psicológica en población penitenciaria femenina a nivel de la atención e intervención primaria de salud.

2.9. LA SALUD MENTAL SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, por lo cual se considera parte integral de la salud pública.

2.10. LOS TRASTORNOS MENTALES

Actualmente no existe un indicador biológico para hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de las alteraciones en este campo y se acepta que los trastornos mentales son causados por una mezcla de múltiples factores como los biológicos, las experiencias vitales adversas y los factores sociales, entre otros. Sin embargo, a nivel mundial se aceptan dos clasificaciones de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos (Minsalud, 2015).

2.11. IDENTIFICACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL

El diagnóstico de un trastorno mental, su tratamiento y pronóstico, dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como su

duración, la coexistencia con otros trastornos, la intensidad y la afectación en la funcionalidad de quien los presenta (Minsalud, 2015).

2.12. LA CÁRCEL Y LA SALUD MENTAL

La OMS ha reportado específicamente cinco elementos que ocasionan efectos negativos en la salud mental de las personas que se encuentran en un contexto carcelario, entre las cuales están “el hacinamiento, las diferentes formas de violencia, la falta de privacidad, la falta de actividades significativas, y el aislamiento de redes sociales” (Arroyo, J. M., 2011).

Esta situación de las personas privadas de libertad, que representan un grupo con alto grado de vulnerabilidad, generada en primera medida por la condición en la que se encuentran y en segundo lugar, por la estigmatización de la cual son víctimas al padecer un trastorno psiquiátrico, es bastante complejo dado que se relaciona con múltiples elementos, como se mencionarán en el siguiente sub título, que dificultan su pronóstico y manejo (Arroyo, J. M., 2011).

2.13. EFECTOS DEL CONTEXTO CARCELARIO EN LA SALUD MENTAL

Los individuos que se encuentra en un establecimiento de reclusión deben asumir diferentes cambios de conducta en su intento de asimilación del medio donde se encuentran, siendo asumida esta estancia de diferentes maneras. Dicho proceso es denominado “prisonalización”, que ha sido propuesto por Clemmer, D., citado en Uribe, A., Martínez, J. y López, K. (2012) para referirse a la fase de adecuación al contexto carcelario, mencionando los diferentes cambios de conducta que deben asumir las personas en el intento de adaptación (pp. 47 - 60).

2.14. LA CÁRCEL AUMENTA EL RIESGO DE LAS ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS Y PSICOLÓGICAS

Esta situación se agrava al ponerla en el contexto carcelario, según la OMS, se estima que la ocurrencia de trastornos psiquiátricos es siete veces mayor en las personas que se encuentran privadas de la libertad que en la población general (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2011, pp. 9 - 39), siendo en su mayoría trastornos del afecto (Fraser, A., Gatherer, A. y Hayton, P., 2009).

Dentro de los trastornos mentales de mayor incidencia, estudios españoles señalan que “el 25% de la población de presos preventivos, presenta de cuatro o cinco trastornos psiquiátricos comorbidos”

(Mojica, C., Sáenz, D. y Rey, C., 2009, pp. 681 - 692), identificando en grupos específicos de reclusos una alta prevalencia de trastornos de personalidad con abuso o dependencia de alcohol y drogas, asimismo, se encuentran altos niveles de depresión mayor, trastornos de ansiedad, episodios maníacos, esquizofrenia, y en establecimientos de reclusión de mujeres, se presenta una alta incidencia de estrés postraumático (Benavides, M. y Beitia, P., 2012, pp. 51 - 57). Estos trastornos tienen influencia en diversas conductas de riesgo como actos impulsivos, comportamientos disruptivos y aumento de eventos violentos entre reclusos, situaciones que se presentan de manera frecuente en dichos establecimientos (López, R., Lafuente, O. y García, J. L., 2007, pp. 28 - 40).

2.15. LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y LA PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD

En la vida del ser humano, es inevitable que se presenten crisis y experiencia traumática, las cuales se hacen más comunes y adquieren cierta intensidad o magnitud a lo largo del ciclo vital (Dudeck, et al., 2011, citado en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 54). Entre estas, el encarcelamiento o el ingreso a prisión puede ser considerada como una de las crisis vitales de mayor intensidad (Dudeck, et al., 2011; Medina, Cardona y Arcila, 2011, citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 54), puesto que a causa del proceso de prisionalización, la persona adquiere y adopta un nuevo patrón conductual (Echeverri, 2010; Medina, Cardona y Arcila, 2011, citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 54). Asimismo, mencionar que el encarcelamiento, el ingreso a prisión o el arresto (intramural) no es la única pena privativa de la libertad (medida sustitutiva de la pena de multa); de hecho, la prisión domiciliaria también es considerada como una de ellas (sustitutiva), y de igual manera, podría comenzar a desencadenar algún tipo de efecto psicológico en el individuo (Congreso de la República de Colombia, 1993, 2014, citado en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 54).

2.16. LA CLASIFICACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA (EJE I, DSM-5)

En la presente investigación (marco teórico) se sustenta la sintomatología psicológica a partir de la clasificación (dimensiones) efectuada por Derogatis, L. R. (1994), que desarrollo para la construcción del SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised (cuestionario de 90 síntomas), el cual, evalúa nueve dimensiones sintomáticas de la psicopatología y tres índices globales de malestar. De acuerdo a esta clasificación se ha evaluado “los indicadores de la salud mental”, que las mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes presentan.

2.16.1. LA SOMATIZACIÓN

Son malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros sistemas con fuerte mediación del sistema nervioso autónomo. También incluye dolores de cabeza, musculares y otras manifestaciones somáticas de ansiedad.

2.16.2. LA OBSESIÓN-COMPULSIÓN

Incluye los síntomas característicos del síndrome obsesivo compulsivo: diversos pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como involuntarios, indeseados, irresistibles, egodistónicos o imposibles de controlar.

2.16.3. LA SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Refiere a sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas; auto depreciación e incomodidad durante las interacciones personales. Las personas con altas puntuaciones en esta dimensión también reportan expectativas negativas sobre las interacciones interpersonales y elevados niveles de autoconciencia pública.

2.16. 4. LA DEPRESIÓN

Los ítems son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, pérdida de interés en las actividades habituales, poca energía vital y sentimiento de desesperanza. También se incluyen ideaciones suicidas y otros correlatos somáticos y cognitivos de la depresión.

2.16.5. LA ANSIEDAD

Son aquellos síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevados grados de ansiedad: inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico.

2.16.6. LA HOSTILIDAD

Incluye pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo caracterizado como rabia o ira. La selección de ítems incluye la expresión de agresión, irritabilidad, rabia y resentimiento. Por ejemplo, algunos ítems refieren sentimientos de fastidio, necesidad de romper cosas o temperamento explosivo e incontrolable.

2.16.7. LA ANSIEDAD FÓBICA

Caracteriza una respuesta persistente de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) que es irracional y desproporcionada al estímulo que la provoca, ocasionando que la persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante. Los síntomas de esta dimensión se centran en las manifestaciones más disruptivas de la conducta fóbica, varios de los cuales son típicos de la agorafobia (miedo a los espacios abiertos, multitudes, lugares públicos, por ejemplo).

2.16.8. LA IDEACIÓN PARANOIDE

Representa fundamentalmente las distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide: pensamiento proyectivo, suspicacia, grandiosidad, centralidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios.

2.16.9. EL PSICOTICISMO

Esta dimensión fue diseñada para representar el constructo en tanto un continuo de la experiencia humana. Por ello incluye un amplio espectro de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control del pensamiento.

2.17. LA ADAPTACIÓN

2.17.1. DEFINICIÓN

De acuerdo al Diccionario Real de la Lengua Española (2001) la adaptación es la “acción o efecto de adaptar o adaptarse”. Es decir, acomodarse o avenirse a ciertas circunstancias, condiciones del ser humano en diferentes modos de vida. Asimismo, según Dorsch, F. (1991) la adaptación es la “relación armónica, pero no exenta de tensiones, entre un organismo y el medio ambiente, mediante la cual se puede lograr la satisfacción eficaz de las necesidades, aunque esta es relativa, por cuanto casi pocas veces se llega a esa perfecta armonía y sin tensiones”.

Sarasson (1996), citado en Gemio, N. C. (2012) define la adaptación como la “capacidad o incapacidad que tienen las personas para modificar sus conductas en respuesta de los requerimientos del ambiente en constante cambio” (p. 29).

Calderón, R. M. (2010), citado en Gemio, N. C. (2012) conceptualiza la adaptación como “el perfil de capacidades del ser humano en su desenvolvimiento del presente para su encuentro con el futuro”, indica que, para llegar a la adaptabilidad son necesarios cubrir otros cuatro aspectos (p. 29):

- a) Autoconocimiento: capacidad de reconocer, utilizar y combinar el conocimiento en sus diferentes formas y contenidos en la relación a las preferencias, afectos, valores, fuerzas, límites para orientarlos al análisis, decisiones y acciones. Asimismo, es la capacidad de reconocer la necesidad de cambio y afrontamiento.
- b) Autovaloración: capacidad de mejorar, y aprender de la experiencia a través de una representación y visión clara de lo que necesitamos en relación a nuestras metas y el significado de las mismas. Es decir la capacidad de definirse (¿Quién soy?), evaluarse (¿Cuánto valgo?), percibirse (¿Cómo soy?) y representarse (¿Cómo me describo?).
- c) Autorregulación: capacidad de reconocer e identificar las emociones y su origen en relación a los efectos positivos y negativos de las mismas para corregirlos y direccionarlos; es decir, conocer las reacciones emocionales positivas y perjudiciales. También, es la capacidad de identificar y reconocer que pensamientos producen emociones que interfieren o facilitan la direccionalidad del comportamiento (pensar-sentir-actuar-comunicarse).
- d) Pro-actividad: capacidad de construir metas a partir de valores y jerarquías de significados que nos guían hacia ellas. Es la capacidad creativa que aprovecha las oportunidades para el mejoramiento personal y del entorno de forma equilibrada. También, es la capacidad de perseverar en el tiempo y en el espacio para el cumplimiento de objetivos a pesar de la incertidumbre y las presiones.

Se considera que la adaptación requiere de factores como las características personales (habilidades, actitudes, condición física) y la naturaleza de las condiciones que enfrentamos (conflictos familiares o desastres naturales) (Calderón, R. M., 2010, citado en Gemio, N. C., 2012, p. 29).

Asimismo, esta capacidad para afrontar los cambios y desafíos; es decir, resolver problemas buscando fuentes de información conocidas, distintas y nuevas; es manejada en todas las esferas de interacción tanto interna como externa. Por ejemplo, los seres humanos se adaptan biológicamente para la supervivencia o estabilidad de los procesos internos, psicológicamente para

el mantenimiento de la propia identidad y autoestima y socialmente en función de las experiencias socioculturales y demandas del entorno del cual el sujeto es miembro (Sarasson, 1996, p. 5).

2.17.2. ADECUACIÓN

Según Calderón, R. M. (2010), citado en Gemio, N. C. (2012) la adecuación es la capacidad de adaptación a diferentes entornos a los cuales las personas están habituadas, en los que se maneja repertorios recurrentes de aprendizaje y que Facilitan una forma proactiva de responder a las demandas ambientales (p. 30).

A continuación se expone un listado de “indicadores de respuestas adecuadas”, no obstante, los mismos pueden ser complementados de acuerdo a la experiencia (Teran, A., 2008, p. 52, citado en Gemio, N. C., 2012, p. 30):

- Función adecuada de la autovaloración (autoestima - autoconcepto)
- Capacidad de adaptación
- Patrones conductuales – esquemas de acción efectivos
- Manejo efectivo de estrategias de afrontamiento
- Equilibrio emocional

2.17.3. RESISTENCIA

Son esquemas de inhibición reactiva, respecto a las exigencias, normas y pautas para nuevos patrones de conducta por cambio de entornos (Calderón, R. M., 2010, citado en Gemio, N. C., 2012, p. 30).

2.17.3.1. INDICADORES DE RESPUESTAS INADECUADAS

Los indicadores de respuestas inadecuadas son un conjunto de índices que permiten establecer el rango de respuestas desadaptativas cuyas consecuencias producen alteración negativa en la persona y en su entorno (Calderón, R. M., 2010, citado en Gemio, N. C., 2012, p. 31).

Seguidamente se expone un listado de dichos indicadores, mismos que pueden ser complementados de acuerdo a la experiencia (Terán, A., 2008, p. 52, citado en Gemio, N. C., 2012, p. 31):

- Retraimiento
- Evitación
- Abuso de sustancias
- Inestabilidad emocional
- Dificultades adaptativas
- Patrones conductuales – esquemas de acción deficientes

2.18. SISTEMA PENITENCIARIO

La libertad es uno de los derechos que tienen todos los seres humanos desde el momento de la fecundación. Esta libertad se obstaculiza por la realización de actos de la sociedad en su conjunto y sus reglas, la catalogan como delitos, por atentar esta contra la integridad de otra persona o personas (Gemio, N. C., 2012, p. 70).

La cárcel se encarga del control absoluto del individuo, de su disciplinación y de su misión en pro de la “rehabilitación del individuo”, estas personas fuera de reparar el delito cometido, con la privación de su libertad, tiene que sobrellevar situaciones que denigran y disminuyen su calidad personal (Gemio, N. C., 2012, p. 70).

“La permanencia en prisión conlleva a condiciones del aislamiento social que conducen al padecimiento de importantes carencias, las cuales causan alteraciones en el comportamiento, modificando de un modo destructivo la personalidad. Algunos de estos cambios sufridos por el individuo, le serán de gran utilidad en la prisión ya que se convertirán en un complejo de conductas adaptativas al contexto que lo rodea. Sin embargo lo que adapta al ambiente carcelario imposibilita la adaptación a la vida sin libertad. Esta es la dramática disyuntiva del ser humano encarcelado” (Molina, T., 2006, p. 78, citado en Gemio, N. C., 2012, pp. 70 - 71).

2.19. LA PRISIONIZACIÓN

La prisionización es la adopción en mayor o menor grado de los modos comunes, las costumbres y la cultura de la cárcel (Clemmer, citado por Caballero, 1986). Esta adopción produce una serie de consistencias comportamentales, que van a ser adaptativas en el medio penitenciario, pero no

así en la vida en libertad. Para los diferentes autores que abordan el tema de prisionización (Caballero, 1986; Valverde, 1991; Manzanos, 1992; García-Borés, 1995; Clemente, 1997, citados en Becerra, S., Tórrés, G. y Ruiz, J. I., 2008, p. 61), el factor tiempo es de gran importancia para el proceso. Según Wheeler, citado por García-Borés (1995) la relación entre la prisionización y el tiempo de estancia en prisión tiene la forma de “U” invertida, con mayor presencia de esta hacia la mitad del encierro y menor en el principio y final de la misma. Por otro lado, para Manzanos (1992), citado en Becerra, S., Tórrés, G. y Ruíz, J. I. (2008) la prisionización se produce en dos etapas o tiempos; el primero, se caracteriza por una desocialización del individuo debido al ingreso en prisión, es decir por una pérdida de los valores y las costumbres propias de su comunidad, “la desocialización es una interrupción o pérdida de la relación evolutiva con el medio ambiente debido a la acción intensiva temporal de un solo agente, secundario y coactivo, como la prisión” (Manzanos, 1992, p. 90); el segundo se caracteriza por una reidentificación del individuo en consonancia con los valores y los comportamientos propios de la cárcel, es decir con la subcultura carcelaria, ya que esta última afecta en gran medida las relaciones del individuo con su familia y con el exterior en especial al salir de prisión (pp. 61 - 62).

2.20. EL EFECTO DE LA VIDA EN PRISIÓN Y EL TIPO DE ADAPTACIÓN ESTÁ SUJETA A DIVERSAS VARIABLES

Asimismo, el impacto de la vida en prisión y el tipo de adaptación que la persona llevará a cabo en ese medio variará entre individuos, en función de variables diversas. Para Manzanos (1992), hay una diversidad de factores que condicionan los efectos de la vida en prisión, unos de carácter penal y penitenciario y los otros personales y sociales; dentro de los primeros se encuentran, la finalidad y naturaleza desocializadora de las cárceles, el tiempo de estancia, el número de ingresos, la frecuencia y el tiempo de cada ingreso, las características de cada centro, la situación penitenciaria, si es condenado o sindicado, o las ocupaciones durante la estadía. Entre los factores personales y sociales más importantes destacan la situación familiar y laboral, la edad, el estado civil, el estado de salud, el carácter y la personalidad. En esta línea, Clemmer, citado en Caballero (1986), consideraba que el proceso de prisionización dependía de factores como la personalidad del interno, la cantidad y calidad de relaciones que este tenga fuera del ámbito carcelario, la medida en que el interno se integre o no a subgrupos en la prisión, etc. En particular, el apoyo social externo de la familia se asocia con una menor identificación con la cultura carcelaria (Ruíz, 2004, citado en

Becerra, S., Tórres, G. y Ruíz, J. I., 2008, p. 63) y con menos quebrantamientos de la normatividad penitenciaria, como la fuga del establecimiento durante permisos de salida (Tamara y Ruíz, 2006, citados en Becerra, S., Tórres, G. y Ruíz, J. I., 2008, p. 63).

2.21. CONSECUENCIAS DEL PROCESO DE PRISIONIZACIÓN

La vida en el ámbito penitenciario se estructura en función de aspectos puramente regimentales y de seguridad; es decir que existe una postergación en la formación integral de las presas, poniendo mayor importancia en la evitación de la fuga, imponiendo rigidez que genera una gran agresividad en la persona presa (Molina, T., 2006).

“La cantidad de espacio y la calidad del mismo que se dispone en prisión es pequeño, y con frecuencia debe compartir con otras personas, por lo tanto existe hacinamiento físico que hace referencia a la imposibilidad de tener un espacio necesario y un hacinamiento psicológico que se refiere a la permanente compañía de otras personas sin la posibilidad de estar solo en algún momento. Otras de las limitaciones son: el control de guardias y rejas que es un símbolo de violencia expuesta, también está la restricción temporal de elegir, “donde estar” y “que hacer”; el ritmo monótono de la vida en prisión sin expectativas a corto y mediano plazo que provoca una actitud de apatía y autodestrucción, los hábitos, etc.” (Molina, T., 2006, p. 120).

Según Pinto, J. C. (2004), citado en Gemio, N. C. (2012), bajo estas condiciones las consecuencias para la persona recluida son las siguientes (pp. 71 – 72 – 73 - 74):

- El *miedo* a la cárcel, que viene dada por la estigmatización que se realiza de este ambiente punitivo desde el exterior. Las personas reclusas se sienten objeto de uso y abuso pues creen que todo el mundo está pendiente de ella. Se llega a pensar que el mundo termina ahí y que no saldrán nunca de prisión.
- La *impotencia*, cuando una persona es internada, es desconectada de la realidad, deja de ser sujeto activo de su situación para ser sujeto pasivo en manos de otros, de una situación que otros resolverán por él. Esta impotencia se ve agravada por los problemas derivados de su ingreso en prisión con problemas de tipo familiar.
- *Complejo de inferioridad*, al habituarse al mundo de la prisión se lleva al recluso a considerarse inferior a las personas libres. Creen que nunca podrán subir de escalón social

y que su destino está ligado a la prisión, pues en su vida no han tenido la oportunidad de conocer otro tipo de referencias.

- *Falta de intimidad*, que lleva a una pérdida de personalidad e identificación consigo mismo, debido a la constante relación con los otros internos y que tiene como consecuencia el enfriamiento de los sentimientos y la pérdida de sensibilidad tanto en sus relaciones como en sus expresiones.
- *Falta de aliciente*, en muchas ocasiones el preso es una persona sin esperanza, que no encuentra sentido a muchas de las actividades que realiza dentro de la cárcel. Tiene como consecuencia una inconstancia en sus propósitos y voluntades, es raro que un grupo de reclusos inicie una actividad y la termine. Esta falta de aliciente y motivación produce inestabilidad e irregularidad en sus comportamientos. La cárcel destruye la responsabilidad del individuo, no decide, no actúa con libertad, la monotonía se adueña de su personalidad. Es difícil educar y formar para la responsabilidad en un ambiente de irresponsabilidad y de anulación de la persona.
- *Pérdida de autoestima*, el preso es una persona que se rechaza y se condena a sí mismo, un ser que se avergüenza de su propia realidad. Muchas veces movido por el entorno negativo que la misma prisión proporciona. Tiende a anularse.
- *Problemas sensoriales*, como el de la visión, sufre trastornos a causa de la limitada perspectiva con que cuenta, la carencia de colores que hacen de la prisión un lugar deprimente. También se afecta la audición, por el espacio permanentemente cerrado donde conviven multitud de personas y hace que el nivel de ruido sea muy alto. Asimismo están la carencia de olores y sabores que se reducen a uno constante.
- *Aislamiento social*, cerrado la puerta de la prisión empieza una nueva vida para el recluso. Una nueva ley, un nuevo código ético y de relaciones que entra en acción, es otra sociedad diferente a la que conocía en el exterior y de la que ahora está muy lejos.
- *Inseguridad física*, el preso al ingresar para garantizar la seguridad de la sociedad, en el interior de la prisión las peleas y las agresiones le transmiten una inseguridad vital grave, que a su vez puede ser manifiesta, por relación, a la familia y ambientes cercanos al propio recluso.
- *Carencia familiar*, la cual se evidencia por la ruptura y separación de muchas familias al ingreso a la prisión del interno. El sufrimiento de padres que tienen a su hijo o hija en

prisión, o de muchos hombres y mujeres que llevan en silencio el encierro de sus parejas, o niños que esconden su vergüenza. La familia es tema muy ligado a la privación de la libertad en un sentido negativo, por las consecuencias que produce, comenzando por la persona recluida que experimenta graves sufrimientos, por la separación de algún familiar, no poder tener contacto con los hijos o verlos cuando quiera; en algunos casos el abandono del cónyuge tras un tiempo en prisión y en definitiva, el ver desmoronarse aquello que daba sentido a su vida.

- *Falta de ocupación*, son pocas las actividades y trabajos que se organizan y que afectan a un grupo reducido de internos. Por otro lado los cursos que se organizan en muy raras ocasiones sirven para una formación profesional que sirva a la reinserción social y laboral en la calle.
- *Necesidades económicas*, las carencias y la pobreza se agrava más en la cárcel, no solo en el preso, sino en su entorno familiar a quien otorgaba algún ingreso.
- *Desprecio social*, el preso es una persona a la que nadie o casi nadie quiere. Sufre el desamor y la incompreensión. Se juzga judicial y socialmente y en ambos casos se le condena, aún siendo anónimos los juicios, solo por el hecho de encontrarse en prisión ya son culpables, incluyendo en el mismo grupo a todos los internos; esta situación hace que se rechace a la sociedad culpabilizándola de todos sus males y desgracias.
- *Indigencia social*, este hecho se presenta en los pobres más pobres, sin apoyo económico, social ni familiar pues no cuentan para nadie. El indigente se encuentra preso en la cárcel y preso de su propia miseria y pobreza, abandonado incluso por sus compañeros de prisión.
- *Carencia de apoyo jurídico*, pues la gran mayoría depende de los abogados del Estado que atienden demasiados procesos como para prestarles atención necesaria, y en muchos casos, ni siquiera conocen a sus defendidos, circunstancias que hacen muy difícil la adecuada defensa, o bien los que contrata uno, toman provecho de la desesperación del preso para beneficiarse económicamente haciendo durar los procesos al máximo tiempo posible, sin brindar asistencia adecuada.
- *Lentitud de los procesos*, la misma que esta expresada en los altos porcentajes de detenidos preventivos que guardan detención casi indefinida. Para el juez son expedientes y no personas que ven transcurrir los años de su vida sin que les compruebe culpabilidad.

- *Enfermedad*, en prisión es como pena sobre añadida a la pena de privación de libertad, por el numeroso cuadro de enfermedades que se observan; sin embargo no existe el apoyo necesario ni la prevención. Asimismo la rehabilitación de alcohólicos o toxicómanos es nula, por el contrario mantienen e incrementan esa práctica en los recintos penitenciarios, cumpliendo un régimen que no se diferencia en nada de los demás presos comunes, sin ayuda alguna para solucionar el problema de sus adicciones.
- *Pérdida del sentido de la vida y resentimiento social*, mismos que son consecuencia del proceso de prisión y que deriva de la reincidencia o el suicidio lento dentro del mundo del alcoholismo o las drogas. Además de la depresión que se ve alimentada día a día por la desesperanza.

2.22. CONSECUENCIAS DE LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD EN LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida del recluso también se ve afectada, lo que provoca una serie de modificaciones en la percepción que tiene el mismo de su propia vida, incluyendo las diversas áreas que la compone. Por lo tanto, con respecto al bienestar como dimensión subjetiva de estudio de la calidad de vida (Arita, 2005, citado en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 54), que hace referencia principalmente a lo que las personas piensan y sienten acerca de la evaluación de su vida y los resultados de la misma (Cuadra y Florenzano, 2003; Gómez, Villegas, Barrera y Cruz, 2007, citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, pp. 54 - 55), es importante mencionar que este depende de muchos factores y condiciones. Entre estos se encuentran la pareja, los amigos y demás relaciones, la emocionalidad y la seguridad e integración con la comunidad (Ardila, 2003; Arita, 2005; Gómez, et al., 2007, citados en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55); es de suponer que todos estos aspectos podrían verse afectados directamente por la estancia en prisión.

Por otra parte, la calidad de vida y su definición integradora ha sido fuertemente controvertida por diversos autores; sin embargo, se puede afirmar que esta se encuentra conformada por aspectos, tanto subjetivos como objetivos, que permiten su abordaje (Ardila, 2003, citado en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55). Entre los aspectos subjetivos, se encuentran la expresión emocional, la seguridad y salud percibida, la intimidad y la productividad personal. Entre los aspectos objetivos, se destacan el bienestar material, las relaciones armónicas con la comunidad y el ambiente, y la salud, considerada de manera objetiva.

Por lo tanto, es posible mencionar que el malestar psicológico del interno puede ser consecuencia de factores (ausencia de comunicación, encierro, aislamiento afectivo, pérdida de intimidad, entre otros) que afectan los aspectos objetivos y subjetivos anteriormente mencionados (Ruíz, et al., 2002, citado en Quintero-Cárdenas, C. J., et al., 2014, p. 55).

2.23. CENTRO DE ORIENTACIÓN FEMENINA DE OBRAJES (C.O.F.O.)

El Centro de Orientación Femenina de Obrajes (C.O.F.O.) desde 1957 está ubicado en la calle siete de la zona de Obrajes, tiene una superficie de 3.750 m² (Dirección General de Régimen Penitenciario, 2015).

Su construcción data del año 1815, cuyos predios eran utilizados como casa de campo de propiedad de la señora Rosa Agramont Cusicanqui. En 1919 se decide otorgar este inmueble a manos de las religiosas del “Buen Pastor” y es utilizado para la construcción de un Liceo de señoritas donde estudiaban solo las hijas de los políticos, en aquel tiempo. Posteriormente, en 1950 es dado al Estado para convertirlo en una “Cárcel Femenina” que era administrado por las religiosas, quienes se hicieron cargo de las reclusas con el fin de darles albergue a las mujeres que se encontraban compartiendo la cárcel de San Pedro, en 1980 la administración de esta cárcel paso a cargo de la Policía Nacional, lo cual a la fecha se mantiene (Dirección General de Régimen Penitenciario, 2015).

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

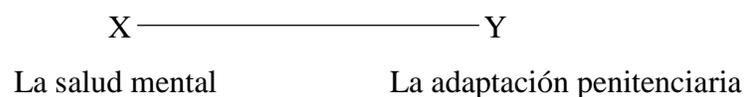
Este estudio es de tipo descriptivo, ya que inicialmente caracteriza y analiza a las variables de investigación individualmente. Además, es de tipo correlacional porque evalúa o examina el grado de relación existente entre la salud mental y la adaptación penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 60 - 63).

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Asimismo, esta investigación es no experimental porque no se hace variar o manipula deliberadamente la salud mental y la adaptación penitenciaria, a estas variables de estudio solo y únicamente se los examina u observa tal como se encuentran o están en su medio o ambiente natural. El diseño de estudio es transeccional o transversal porque se examina o evalúa a las variables de investigación en un solo o único instante – tiempo (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 189 – 191 – 192).

3.3. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Las variables de estudio del presente trabajo son los siguientes:



3.3.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

3.3.1.1. LA SALUD MENTAL

En la presente investigación, “la evaluación del estado clínico de salud mental” se efectúa a partir del área de la psicología clínica y de la salud, en los cuales se consideran “el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la promoción y el mantenimiento de la salud psicológica o mental con la finalidad preventiva de la misma. Asimismo, de la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico referentes a la salud en general (salud biopsicosocial)” (Matarazzo, 2002, citado en Mebarak, M., et. al, 2009, p. 94).

3.3.1.2. LA ADAPTACIÓN PENITENCIARIA

Para la evaluación, de “las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria” se ha tomado como referencia conceptual según Dorsch, F. (1991), que la adaptación es la “relación armónica, pero no exenta de tensiones, entre un organismo y el medio ambiente, mediante la cual se puede lograr la satisfacción eficaz de las necesidades, aunque esta es relativa, por cuanto casi pocas veces se llega a esa perfecta armonía y sin tensiones”.

3.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

La presente operacionalización de las variables de estudio se plantea a partir de la estructura, 1) Inventario de Síntomas SCL-90-R; 2) Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Operacionalización de las variables de estudio

Variables	Dimensiones	Indicadores	Medidores	Escalas	Instrumentos
La salud mental	Estado clínico de salud mental	1. Somatizaciones (SOM) 2. Obsesiones y compulsiones (OBS) 3. Sensitividad interpersonal (SI) 4. Depresión (DEP) 5. Ansiedad (ANS)	Ítems: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 y 58 Ítems: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 y 65 Ítems: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 y 73 Ítems: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 y 79 Ítems: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 y 86	0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Bastante 4 Mucho o extremadamente	Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (1994); adaptación al español por Casullo, M. M. (1999/2004)

		6. Hostilidad (HOS)	Ítems: 11, 24, 63, 67, 74 y 81		
		7. Ansiedad fóbica (FOB)	Ítems: 13, 25, 47, 50, 70, 75 y 82		
		8. Ideación paranoide (PAR)	Ítems: 8, 18, 43, 68, 76 y 83		
		9. Psicoticismo (PSIC)	Ítems: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 y 90		
		10. Índice global de severidad (IGS)	-		
		11. Total de síntomas positivos (STP)	-		
		12. Índice positivo de malestar (PSDI)	-		
		13. Ítems adicionales	Ítems: 19, 44, 59, 60, 64, 66 y 89		
La adaptación penitenciaria	Reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria	Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 y 56	Presencia de respuestas adaptativas Ausencia de respuestas adaptativas	1 Nunca 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Siempre	Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011) de Calderón, R. (2011)

3.4. POBLACIÓN

De acuerdo a las estadísticas solicitadas a la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión (2019) la población o universo (N) (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 210 – 211 - 212) del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz tiene a 351 mujeres privadas de libertad por distintos delitos tipificados en el Código Penal, Ley N° 1768 (1997). Asimismo, la mayoría de ellas es de estrato socio económico bajo y medio, y una minoría es de estrato alto. Además, la mayoría de ellas esta privada de libertad preventivamente, y solo una minoría está recluida con sentencia o sentencia ejecutoriada. La edad de las mismas oscila entre 18 a 65 años.

3.5. MUESTRA

De la población o universo (N) la muestra (n) de investigación es de 66 mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz (Hernández, R., et. al, 1991, p. 209), que están recluidas por los delitos, 24 por la Ley 1008 (36,4%), 12 por asesinato (18,2%), 10 por robo agravado (15,2%), 8 por estafa (12,1%), 4 por robo (6,1%), 4 por homicidio (6,1%) y 4 por otros delitos (6,1%) (Código Penal, Ley N° 1768, 1997). Además, de esta muestra 32 son adultas (48,48%), 18 son jóvenes (27,27%) y 16 son adultas mayores (24,24%). Asimismo, de esta muestra de investigación la mayoría a casi la mitad, 44 son de estatus o nivel económico social bajo (66,67%) y casi una cuarta parte, 22 son de clase económico social medio (33,33%).

La muestra es no probabilística o dirigida, de sujetos – tipos. Donde la elección de las unidades de observación únicamente depende de la decisión del investigador. Que está sujeta a “una cuidadosa y controlada elección, ya que esta muestra debe cumplir con las características ya especificadas o establecidas previamente en el planteamiento del problema” (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 231 - 232).

Además, la elección de las unidades de observación (n) del presente trabajo está determinada bajo dos criterios de selección:

1. Criterios de inclusión

- Mujeres que ya llevan mínimamente tres meses de privación de libertad
- Privadas de libertad, ya sean estas, con sentencia ejecutoriada, con sentencia y preventivas

2. Criterios de exclusión

- Privadas de libertad diagnosticadas con graves enfermedades o alteraciones biofisiológicas como psicológicas
- Mujeres recluidas, que cuentan con medidas sustitutivas a la privación de la libertad, como ser con libertad condicional, con salidas prolongadas y con extramuro
- Privadas de libertad aisladas a causa de una sanción penitenciaria (Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión)

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.6.1. INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R

La evaluación del estado clínico de salud mental se ha realizado con el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (1994), que ha sido adaptado al español por Casullo, M. M. (1999/2004). Este inventario fue desarrollado para evaluar patrones de síntomas (que es una muestra representativa de los síntomas psiquiátricos más característicos de los síndromes clínicos del Eje I, DSM-5) presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Tiene 90 ítems y se responde de acuerdo a una escala de cinco puntos (0 - 4). Del total de ítems, 83 están incluidos en alguna de las nueve dimensiones primarias de síntomas y 7 son síntomas adicionales que no se incorporan a las escalas primarias, pero que se utilizan individualmente como marcadores clínicos relevantes y se agregan al cálculo de los índices globales. Por lo tanto, se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico.

1. Somatizaciones (SOM)
2. Obsesiones y compulsiones (OBS)
3. Sensitividad interpersonal (SI)
4. Depresión (DEP)
5. Ansiedad (ANS)
6. Hostilidad (HOS)
7. Ansiedad fóbica (FOB)
8. Ideación paranoide (PAR)

9. Psicoticismo (PSIC)
 1. Índice global de severidad (IGS)
 2. Índice positivo de malestar (PSDI)
 3. Total de síntomas positivos (STP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90-R. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

El SCL-90-R incluye a siete “ítems adicionales” que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano
- 66: Sueño intranquilo
- 89: Sentimientos de culpa

Sus “índices globales” son:

1) Índice de Severidad Global (IGS): es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contesto a todas).

2) Total de Síntomas Positivos (STP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadores de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Positivo (PSDI): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos (STP). Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En la administración, las instrucciones presentan el inventario como una “*lista de problemas que las personas a veces tienen*” y solicitan al respondiente señalar en qué medida cada problema lo ha preocupado o molestado durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy, utilizando una escala de cinco opciones (Nada, Muy poco, Poco, Bastante y Mucho). Según Derogatis (1994), el uso del anclaje temporal de una semana se justifica en que los siete días más recientes en la vida de un individuo usualmente contienen la información más relevante sobre su estado clínico actual (Hamilton, 1970). En cualquier caso, este formato de instrucciones es el más utilizado en los inventarios sintomáticos.

Una vez administrado el inventario, los ítems son puntuados asignando entre 0 a 4 puntos a cada alternativa (Nada = 0; Muy poco = 1; Poco = 2; Bastante = 3; Mucho = 4). Todos los ítems son directos, por lo cual no es necesario invertir la puntuación en ninguno de ellos. De esta manera, una puntuación más alta en un ítem indica que el síntoma respectivo se ha experimentado con mayor frecuencia.

La puntuación bruta para cada dimensión primaria de síntomas se calcula promediando el número de ítems respondidos. Para ello se suman las puntuaciones de los ítems que integran la dimensión respectiva y, luego, se dividen por el número de ítems efectivamente respondidos. Por ejemplo, la dimensión de *somatización* tiene 12 ítems. Si un evaluado respondió solo 10 ítems, la puntuación de la escala se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en esos 10 ítems y luego dividiendo el

resultado por 10. Este procedimiento tiene la ventaja de uniformar el rango de puntuación de cada escala primaria (que queda fijado entre 0 a 4 puntos), compensando el efecto de que cada dimensión tenga un número distinto de ítems. Además, controla el efecto de los ítems no respondidos.

Confiabilidad

De acuerdo a la estructura del Inventario de Síntomas SCL-90-R, la confiabilidad completa encontrada del presente inventario tras un análisis con el α de Cronbach fue de 0,78.

Con la versión actual se aplicó una prueba piloto a 15 estudiantes, por medio del cual se evaluó la confiabilidad del inventario con todas sus dimensiones. Se encontró un Alfa de Cronbach de 0,78 en forma general por lo cual el presente inventario para esta cantidad de muestra resulta ser confiable, y en consecuencia para la evaluación del estado clínico de salud mental de la muestra (n) de este estudio (Cuadro 4).

Cuadro 4. *Fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach (SCL-90-R)*

<i>Fiabilidad mediante α de Cronbach del Inventario de Síntomas SCL-90-R, y sus nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico</i>	α Cronbach	N de elementos
INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R	0,78	90

Prueba piloto

Para verificar el grado de uniformidad y consistencia del instrumento. Se empleó el coeficiente de CRONBACH (α), para medir la confiabilidad:

Donde:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{s_t^2} \right)$$

α : Coeficiente de Cronbach

k : Número de preguntas o ítems

$\sum_{i=1}^k s_i^2$: Suma de varianzas de cada ítem

s_t^2 : Varianza del total de filas (puntaje total de los jueces)

Esta escala varía entre 0 a 1; considerándose válida a partir de 0,6 en adelante.

Confiabilidad de las nueve dimensiones primarias y de los tres índices globales de malestar psicológico (Cuadro 5).

Cuadro 5. *Fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach de las nueve dimensiones primarias y de los tres índices globales de malestar psicológico (SCL-90-R)*

Inventario de Síntomas SCL-90-R	Alfa de Cronbach	N de muestra
Obsesiones y compulsiones (OBS)	.70	15
Sensitividad interpersonal (SI)	.78	15
Depresión (DEP)	.80	15
Ansiedad (ANS)	.89	15
Somatizaciones (SOM)	.86	15
Hostilidad (HOS)	.80	15
Ansiedad fóbica (FOB)	.66	15
Ideación paranoide (PAR)	.82	15

Psicoticismo (PSIC)	.75	15
Índice global de severidad (IGS)	.75	15
Índice positivo de malestar (PSDI)	.80	15
Total de síntomas positivos (STP)	.66	15

0.78

Validez

La multiplicidad de estudios realizados desde 1980 ha acreditado la validez del Inventario de Síntomas SCL-90-R, de sus índices globales y de las nueve dimensiones primarias.

En resumen, la suma de estudios realizados al presente, utilizando variedad de diseños (experimentales y no experimentales) y técnicas analíticas (comparación de promedios, modelos de regresión lineal, modelos de regresión logística, análisis ROC, análisis factoriales, modelos de respuesta al ítem), han permitido acumular pruebas empíricas de validez en una variedad de usos específicos del SCL-90-R (Gempp y Avendaño, 2008).

Existen estudios internacionales de Erazo y Jiménez (2012); Gempp y Avendaño (2008); Sánchez y Ledesma (2009); Robles y cols., (2002); que respaldan la validez del SCL-90-R, en sus diversos aspectos: como; validez de constructo (la estructura dimensional se ajusta bastante bien a las nueve dimensiones postuladas); validez de concurrencia demostrada por Derogatis (1994) y Carrasco, Sánchez, Ciccotelli y Barrio (2003), en este caso la prueba ha demostrado ser muy sensible al cambio de una variedad de contextos médicos y clínicos, siendo utilizado como una medida de tamizaje en estudios epidemiológicos y el monitoreo de la evaluación del tratamiento en alcohólicos, adictos, trastornos de la alimentación, pacientes con dolor crónico, pacientes oncológicos; en la validez de criterio, Carrasco y cols., (2003) muestran que el SCL-90-R es un buen predictor de los síntomas neuróticos, también se realizó una comparación de los perfiles resultantes del SCL-90-R y el diagnóstico clínico en el cual las similitudes entre ambos han puesto de manifiesto una clara coherencia entre el cuadro clínico y el perfil sintomático.

3.6.2. ESCALA DE ADAPTACIÓN APLICADO A SITUACIÓN PENITENCIARIA (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011)

Las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria se ha evaluado con la Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011), que identifica la presencia o ausencia de respuestas adaptativas en un ambiente de reclusión penitenciaria (Calderón, R., 2011). Es autoaplicado y sin límite de tiempo. Tiene 56 ítems, con cuatro escalas de respuesta: 1 = NUNCA; 2 = ALGUNAS VECES; 3 = FRECUENTEMENTE; 4 = SIEMPRE. Sus parámetros de calificación o de diagnóstico se muestran en el Cuadro 6.

Cuadro 6. *Parámetros de calificación o de diagnóstico (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011)*

0 – 69	70 – 129	130 – 189	190 – 224
Baja	Media	Buena	Muy buena

Confiabilidad

Con la estructura de la Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011), la confiabilidad encontrado completo de esta escala tras un análisis con el α de Cronbach fue de 0,81.

Con la versión actual se aplicó una prueba piloto a 15 estudiantes, por medio del cual se evaluó la confiabilidad de la escala. Se encontró un Alfa de Cronbach de 0,81 en forma general por lo cual esta escala para esta cantidad de muestra resulta ser confiable, y por lo tanto para la evaluación de las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria de la muestra (n) de este trabajo (Cuadro 7).

Cuadro 7. Fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011)

<i>Fiabilidad mediante α de Cronbach de la Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011)</i>	α Cronbach	N de elementos
ESCALA DE ADAPTACIÓN APLICADO A SITUACIÓN PENITENCIARIA (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011)	0,81	56

Validez

Tiene un análisis de validez: cuantitativa y cualitativa. También cuenta con una validez de contenido de evaluación externa – jueces expertos – “ítem/objetivo” (Calderón, R., 2011).

3.6.3. CUESTIONARIO DE DATOS COMPLEMENTARIOS

Las características sociodemográficas y delictivas se evaluaron con el Cuestionario de Datos Complementarios elaborado por Lequepi, M. J. (2016). El cual recoge información de tres aspectos de interés: 1) Datos demográficos, que tiene 9 preguntas; 2) Antecedentes penales, que tiene 5 preguntas; 3) Antecedentes clínicos, que tiene 10 preguntas. Aclarar que en este estudio se empleó solo los dos aspectos de interés o dimensiones que evalúa este cuestionario. Se aplica mediante entrevista clínica individual y en 15 minutos. Como indica Lequepi, M. J. (2016) este cuestionario tiene el objetivo de evaluar solo a poblaciones penitenciarias.

3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El análisis estadístico descriptivo de las variables, dimensiones e indicadores de estudio se han efectuado mediante el programa de Microsoft Excel (Hernández, R., et. al, 1991, p. 350). Además, se ha llevado a cabo análisis de estadística paramétrica mediante la prueba de coeficiente de correlación de Pearson (r) (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 383 – 384 – 385 - 386), que ha evaluado el grado de relación existente entre el estado clínico de salud mental y las reacciones o respuestas

adaptativas de la reclusión penitenciaria de las mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes.

Posteriormente, se han realizado los análisis clínicos (diagnóstico diferencial), sociodemográficos y delictivos tanto descriptivos y relacionales.

3.8. AMBIENTE DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de campo o ejecución del presente trabajo se lo ha llevado a cabo en el auditorio del consejo penitenciario del Centro de Orientación Femenina de Obrajes. El cual presentaba con buenas y adecuadas condiciones de privacidad, espacio, temperatura, iluminación, mobiliario y otros aspectos, que se requiere y es imprescindible para una evaluación psicológica estándar. Asimismo, para y en la aplicación de esta investigación se han tomado todos los recaudos necesarios y exigidos por Ley, y sobre todo cumpliendo las normas de ética de estudios científicos o para la práctica psicológica en un establecimiento carcelario.

3.9. PROCEDIMIENTO

La presente investigación psicológica se ha efectuado de acuerdo al proceso indicado por Hernández, R., et. al (1991), y que ha seguido desde su inicio hasta su finalización las siguientes fases:

FASE 1: Elaboración y presentación del proyecto de tesis de grado (investigación científica).

FASE 2: Construcción del marco teórico.

FASE 3: Planteamiento del problema, definición de objetivos, hipótesis y justificación.

FASE 4: Determinación de los criterios metodológicos: tipo y diseño; definición conceptual y operacional de variables; población y muestra; técnicas e instrumentos; análisis estadísticos; ambiente; procedimiento; resultados; conclusiones; recomendaciones.

FASE 5: Trabajo de campo de la investigación.

1. Primeramente se ha solicitado a la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión el ingreso al Centro de Orientación Femenina de Obrajes con el propósito de llevar a cabo la ejecución o aplicación del presente estudio.

2. Posteriormente, ante la aceptación a la solicitud se ha realizado una entrevista o reunión con la psicóloga de dicho recinto penitenciario, en el cual, se dio a conocer o socializar el presente estudio, particularmente sobre sus objetivos y criterios metodológicos, también se manifestó sobre los beneficios que conlleva la evaluación y el diagnóstico del estado clínico de salud mental como de las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria, que actualmente presentan las mujeres privadas de libertad a causa de su reclusión. Asimismo, se debe mencionar que durante y hasta la finalización del trabajo de campo se ha recibido todo el apoyo o ayuda necesaria e imprescindible tanto técnicos como logísticos de parte de la psicóloga de este centro carcelario. El trabajo de campo se ha efectuado los meses de diciembre de 2019 y enero, febrero de 2020 de manera muy efectiva y satisfactoria en todos los aspectos que conlleva el realizar un proyecto de investigación científica.

3. Seguidamente, se procedió a promover la participación libre y voluntaria de la población penitenciaria en el presente estudio.

4. Inicialmente, se ha evaluado con el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (1994); adaptado al español por Casullo, M. M. (1999/2004) a 66 mujeres privadas de libertad mediante la técnica de “autoinforme”.

5. Luego, se ha evaluado con la Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011) de Calderón, R. (2011) a las mismas 66 mujeres privadas de libertad mediante la técnica de “autoinforme”.

6. Al final, se ha evaluado con el Cuestionario de Datos Complementarios de Lequepi, M. J. (2016) a las 66 mujeres privadas de libertad ya mencionadas mediante la técnica de “entrevista psicológica clínica individual”.

FASE 6: En esta fase se efectuó la codificación, el análisis estadístico y clínico descriptivo y relacional de las variables de estudio. Además, se realizó los análisis descriptivos sociodemográficos y delictivos.

FASE 7: Elaboración o construcción integral del informe final del proyecto de tesis de grado (investigación científica).

FASE 8: Presentación o sustentación de la tesis de grado (defensa).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados alcanzados en la presente investigación científica desde el área de la psicología penitenciaria, clínica y de la salud responde tanto al objetivo general como específicos planteados en función de las variables de estudio, que son la salud mental (estado clínico de salud mental) y la adaptación penitenciaria (reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria) en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz. Que otorga una respuesta científica a la problemática de aquellas alteraciones o cuadros psicopatológicos clínicos que presentan las mujeres reclusas efecto de la privación de la libertad, específicamente en este trabajo respecto de las dos variables de estudio ya mencionados en líneas de arriba.

El “estado clínico de salud mental” (salud mental) se ha evaluado con el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (1994), adaptado al español por Casullo, M. M. (1999/2004), que examina nueve dimensiones o patrones clínicos (síndromes clínicos del Eje I, DSM-5) descritos claramente en la operacionalización de variables como sustentados conceptualmente en el marco teórico, también, este inventario incluye tres índices globales de malestar psicológico, 1) Índice de Severidad Global (IGS); 2) Total de Síntomas Positivos (STP); 3) Índice de Malestar Positivo (PSDI), asimismo, el SCL-90-R incluye siete “ítems adicionales”, que no se incorporan para el diagnóstico de los nueve patrones clínicos, pero si tienen relevancia en el análisis clínico de casos. Por lo tanto, se valora e interpreta el SCL-90-R en función de las nueve dimensiones o patrones clínicos y los tres índices globales de malestar psicológico.

Las “reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria” (adaptación penitenciaria) se ha examinado con la Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011), que identifica la presencia o ausencia de respuestas adaptativas en un ambiente de reclusión penitenciaria (Calderón, R., 2011). Que de acuerdo a los resultados totales alcanzados de esta escala se llega a establecer una “baja”, “media”, “buena” o “muy buena” adaptación al ambiente o contexto carcelario.

Asimismo, las características sociodemográficas y delictivas se han evaluado con el Cuestionario de Datos Complementarios elaborado por Lequepi, M. J. (2016), que recoge información de tres

aspectos de interés, 1) Datos demográficos, que tiene 9 preguntas; 2) Antecedentes penales, que tiene 5 preguntas; 3) Antecedentes clínicos, que tiene 10 preguntas. Ahora bien, hacer notar que en este estudio solo se han examinado los dos primeros aspectos de interés, y el tercer aspecto de interés no se ha valorado en el presente estudio.

Seguidamente se presentan los resultados obtenidos o alcanzados de las variables de estudio, y sobre todo en función de los objetivos propuestos o expuestos en el presente trabajo.

4.1. EN RESPUESTA O CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO, “DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DELICTIVAS DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN FEMENINA DE OBRAJES DE LA CIUDAD DE LA PAZ”

La muestra de 66 mujeres del Centro de Orientación femenina de Obrajes en función de la edad, estuvo conformada en su mayoría por reclusas adultas (48%) y en menor medida por jóvenes (27%) y adultas mayores (24%) como puede apreciarse en el la tabla 1 y figura 1 debajo a continuación.

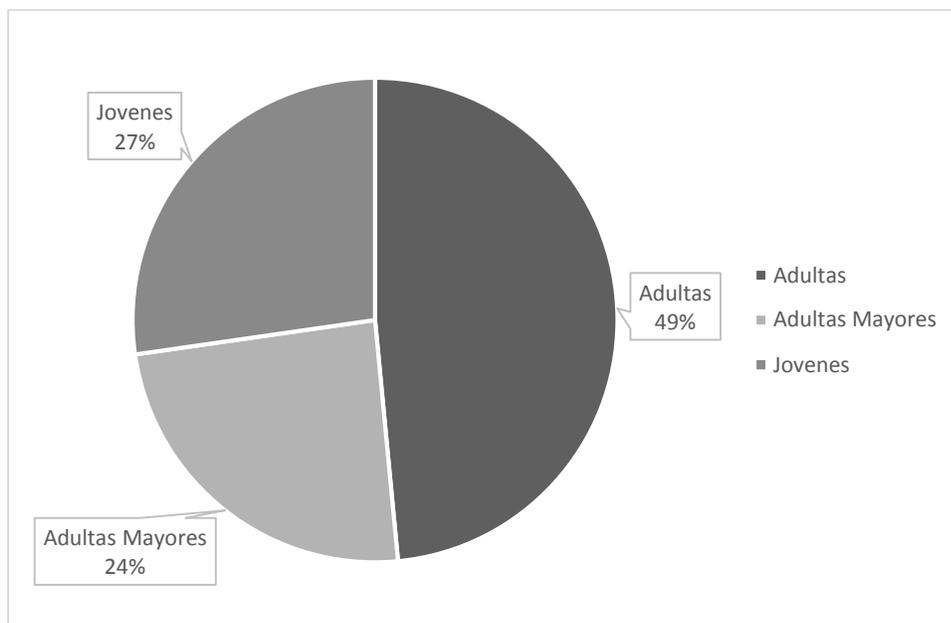
Tabla 1

Frecuencia y porcentaje por edad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Adultas	32	48.48%
Adultas Mayores	16	24.24%
Jóvenes	18	27.27%
Total general	66	100.00%

Figura 1

Porcentajes por edad



El lugar de nacimiento de las reclusas participantes, ampliamente fue identificado como del área urbana, la cual representa el 71% de la muestra total y tan solo un 29% de las reclusas indicaron que su lugar de nacimiento fue en el área rural, como puede apreciarse en la tabla 2 y figura 2 presentada debajo a continuación.

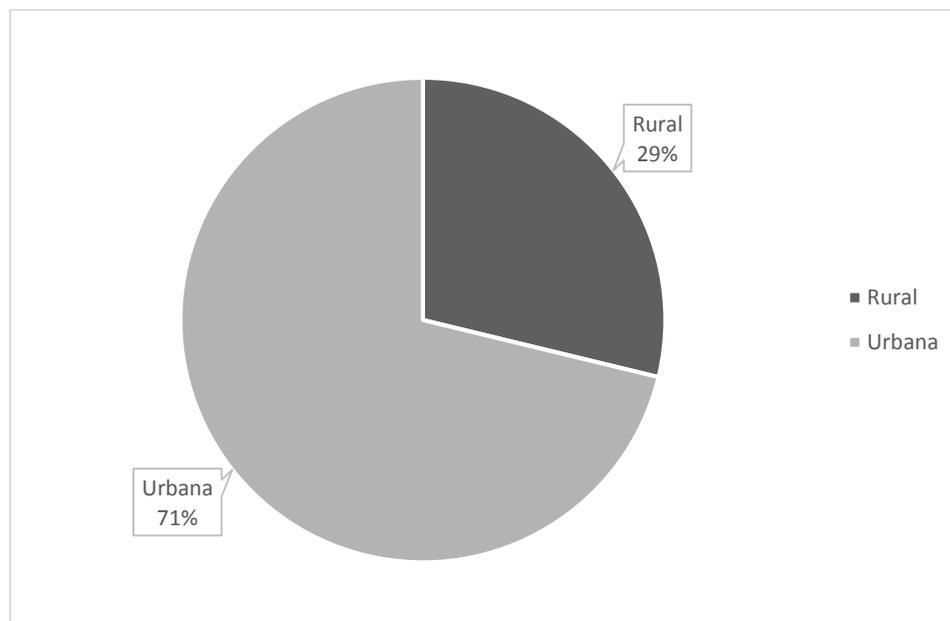
Tabla 2

Frecuencia y porcentaje por lugar de nacimiento

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Rural	19	28.79%
Urbana	47	71.21%
Total general	66	100.00%

Figura 2

Porcentajes por lugar de nacimiento



En cuanto al lugar de residencia de donde provienen las mujeres reclusas. Un 77% de ellas asevera ser del área urbana y solo un porcentaje más reducido de las mujeres, es decir un 23%, afirma tener su lugar de residencia en el área rural, como puede apreciarse en la tabla 3 y figura 3 a continuación presentados.

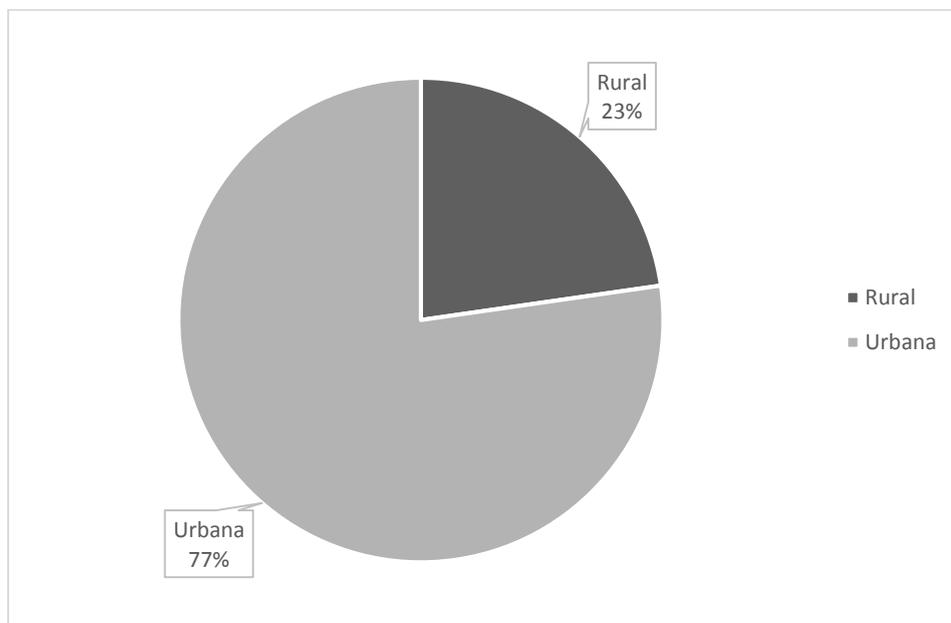
Tabla 3

Frecuencia y porcentaje por lugar de residencia

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Rural	15	22.73%
Urbana	51	77.27%
Total general	66	100.00%

Figura 3

Porcentajes por lugar de residencia



Las mujeres reclusas participantes, evidenciaron tener una condición civil más frecuente de soltera (23 de las mujeres que representa el 34%), el concubinato (24%) y en matrimonio (20%) son los estados civiles más habituales. También, se registró que un 15% de las reclusas son viudas y solo un 6% de ellas son divorciadas. En general la gran mayoría de las mujeres reclusas cuenta actualmente con una pareja como puede apreciarse en la tabla 4 y figura 4 debajo a continuación.

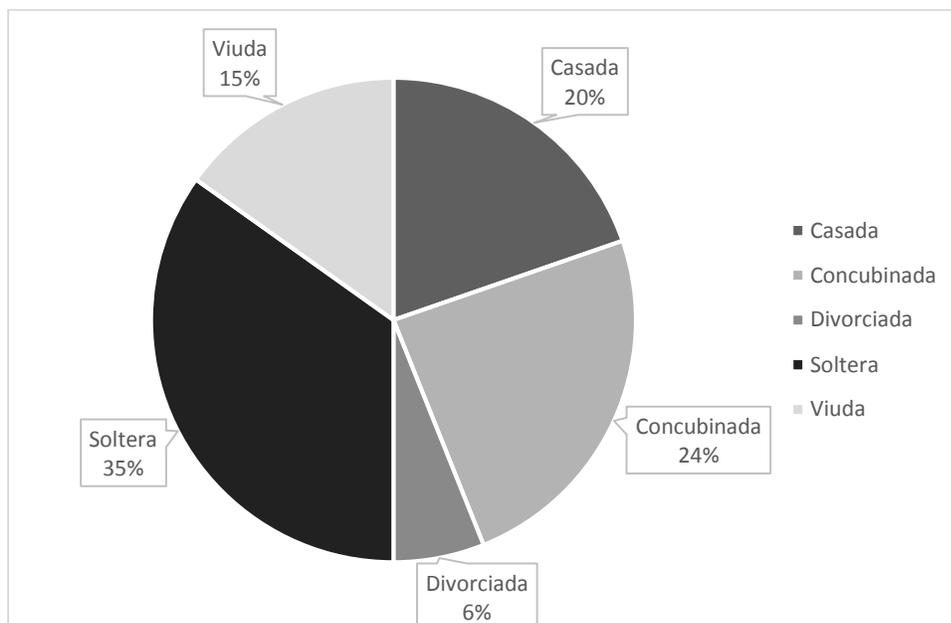
Tabla 4

Frecuencia y porcentaje por estado civil

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Casada	13	19.70%
Concubinada	16	24.24%
Divorciada	4	6.06%
Soltera	23	34.85%
Viuda	10	15.15%
Total general	66	100.00%

Figura 4

Porcentajes por estado civil



La condición o estatus social de la que provienen las mujeres en la penitenciaria son en su gran mayoría de clase baja o escasos recursos (67%) y el restante 33% de ellas son de clase media o pudiente, como puede apreciarse en la tabla 5 y figura 5 a continuación presentadas.

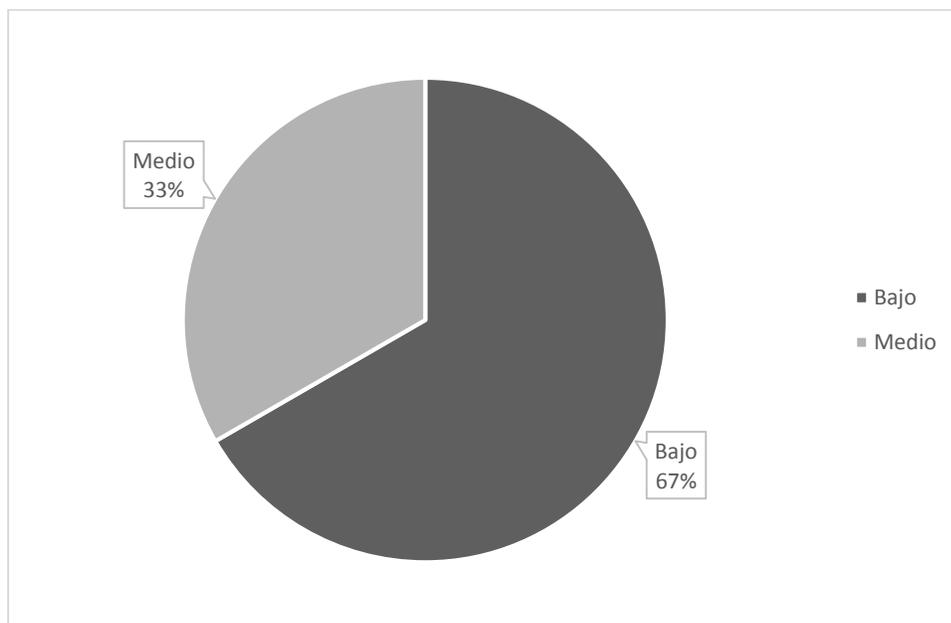
Tabla 5

Frecuencia y porcentaje por estatus social

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	44	66.67%
Medio	22	33.33%
Total general	66	100.00%

Figura 5

Porcentajes por estatus social



La religión, también fue otro aspecto a explorar, como puede apreciarse en la tabla 6 y figura 6, una gran parte se identifican como católicas (57%), también de forma significativa hay un importante número de protestantes (37%), finalmente solo un 4% respondieron en la opción otro.

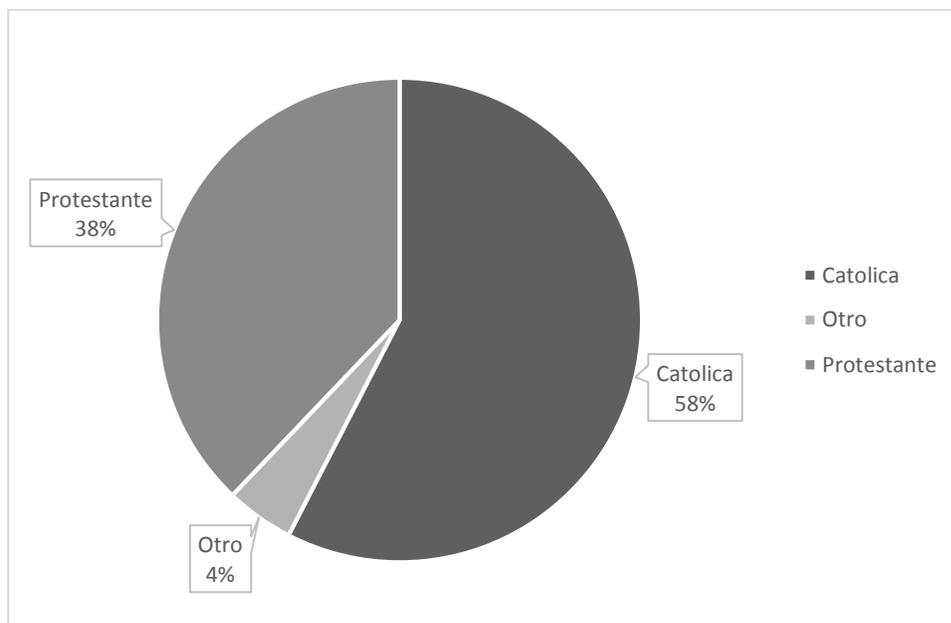
Tabla 6

Frecuencia y porcentaje por religión

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Católica	38	57.58%
Otro	3	4.55%
Protestante	25	37.88%
Total general	66	100.00%

Figura 6

Porcentajes por religión



Un aspecto importante evaluado fue el nivel educativo alcanzado por las mujeres reclusas, como puede apreciarse con detalle en la tabla 7 y figura 7, solo un 13% de ellas alcanzó un nivel de educación superior, en definitiva, el nivel secundario (48%) y primario (35%) fueron los niveles más habituales de educación logrados por el grupo de mujeres participantes y solo un 3% reportó no haber contado con ningún tipo de instrucción educativa.

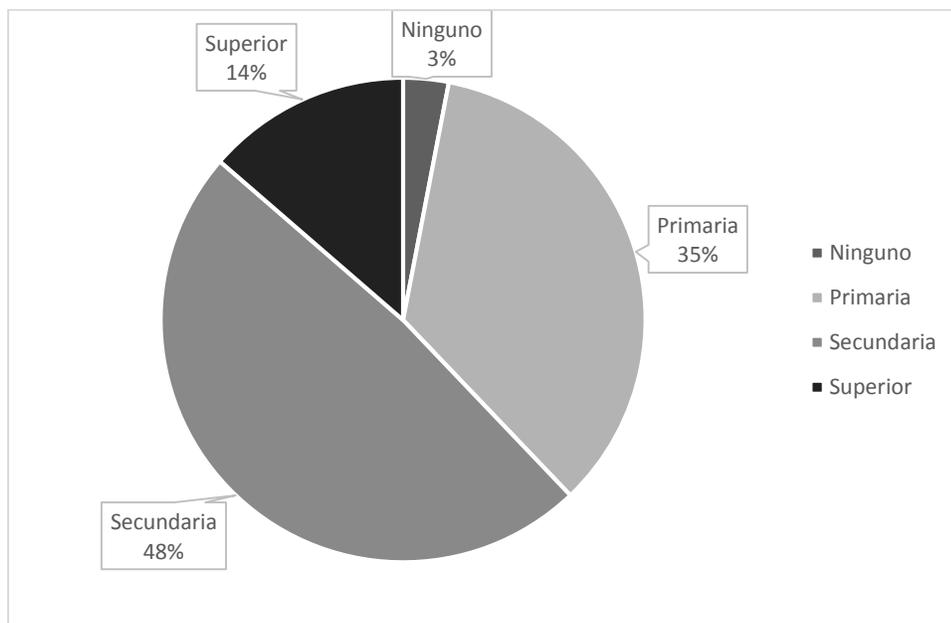
Tabla 7.

Frecuencia y porcentaje por nivel de educación

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	2	3.03%
Primaria	23	34.85%
Secundaria	32	48.48%
Superior	9	13.64%
Total general	66	100.00%

Figura 7

Porcentajes por nivel de educación



Otro dato interesante fue la ocupación laboral, como puede apreciarse en la tabla 8 y figura 8, detalla claramente que el comercio fue la labor económica más común (51%) y en menor medida también reportaron oficios como obrera/empleada (17%) u otro oficio (9%). Un porcentaje de las reclusas no trabaja porque solo estudia (9%) o porque esta desocupada (13%). En general una característica principal es que la mayoría de las reclusas tiene un trabajo informal o no cuenta actualmente con un empleo.

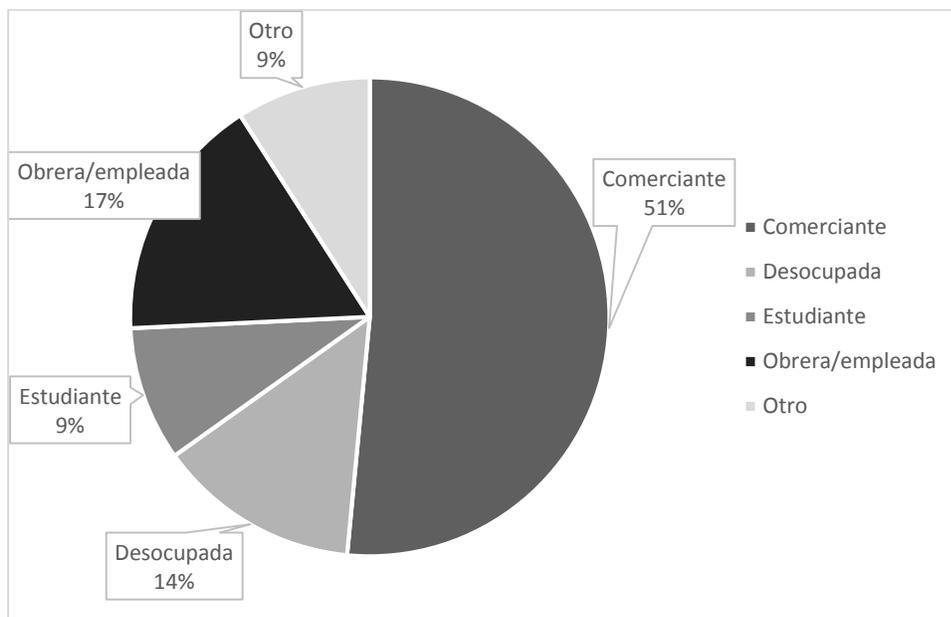
Tabla 8

Frecuencia y porcentaje por ocupación

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	34	51.52%
Desocupada	9	13.64%
Estudiante	6	9.09%
Obrera/empleada	11	16.67%
Otro	6	9.09%
Total general	66	100.00%

Figura 8

Porcentajes por ocupación



Las reclusas en casi su totalidad son de procedencia nacional (90%) y solo se identificó a 6 mujeres (9%) que son de procedencia extranjera. La tabla 9 y figura 9 a continuación muestra en detalle este aspecto.

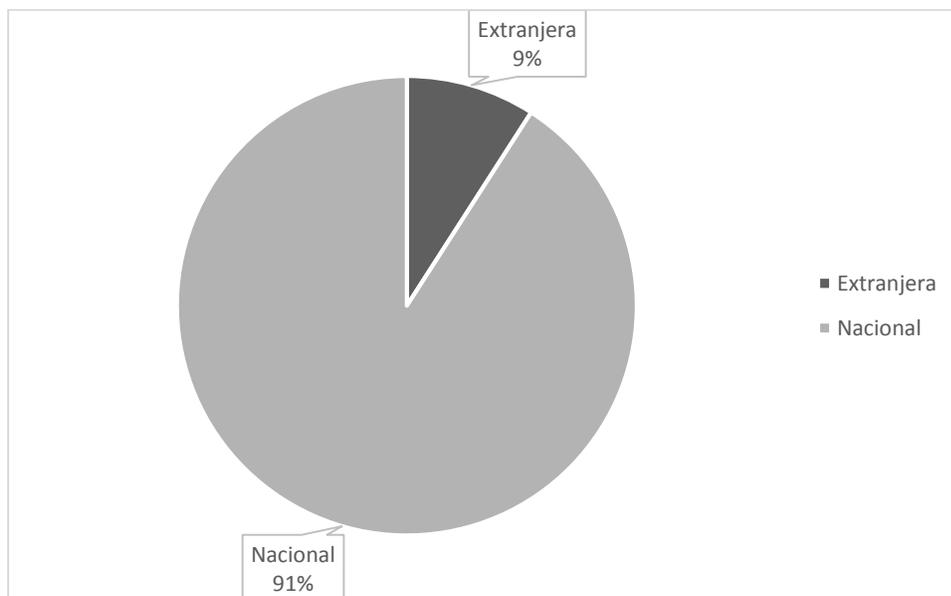
Tabla 9

Frecuencia y porcentaje por nacionalidad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Extranjera	6	9.09%
Nacional	60	90.91%
Total general	66	100.00%

Figura 9

Porcentajes por nacionalidad



Los factores relacionados con su situación penitenciaria son explorados en detalle a continuación.

Los delitos más comunes por las que están recluidas las mujeres participantes en el presente estudio fueron principalmente por violar la ley 1008 (36%), seguido del asesinato (18%), robo agravado (15%) y en menor medida por haber cometido estafa (12%), robo (6%), homicidio (6%) y otros (6%), como puede apreciarse en la tabla 10 y figura 10 debajo a continuación presentados.

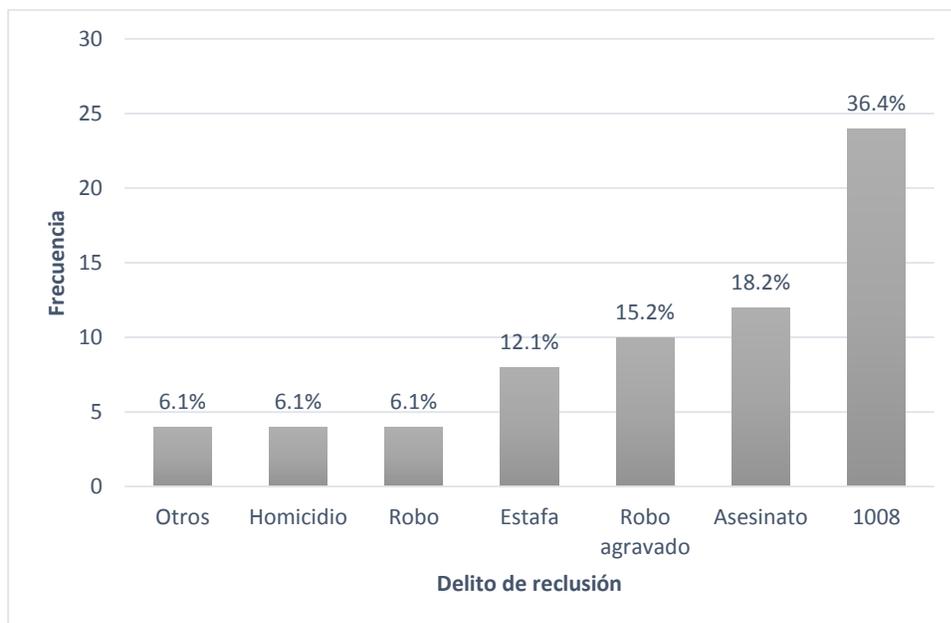
Tabla 10

Frecuencia y porcentaje por delito de reclusión

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Otros	4	6.1%
Homicidio	4	6.1%
Robo	4	6.1%
Estafa	8	12.1%
Robo agravado	10	15.2%
Asesinato	12	18.2%
1008	24	36.4%
Total general	66	100.00%

Figura 10

Porcentajes por delito de reclusión



La situación jurídica actual de las mujeres reclusas participantes en general es con sentencia (92%) y solo un escaso porcentaje de ellas está en una condición preventiva (7%), como puede apreciarse en detalle en la tabla 11 y figura 11 a continuación presentadas.

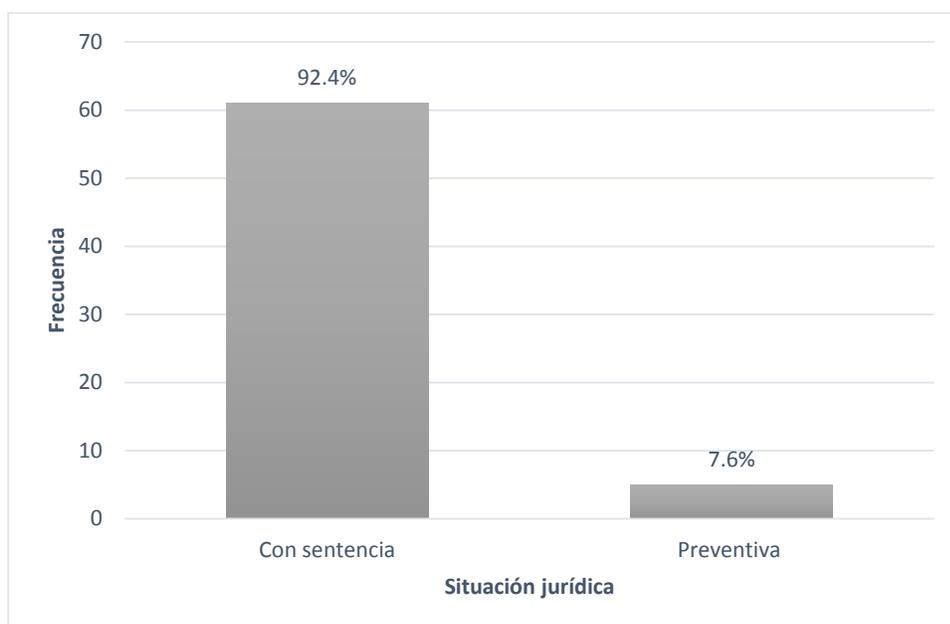
Tabla 11

Frecuencia y porcentaje por situación jurídica

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Con sentencia	61	92.4%
Preventiva	5	7.6%
Total general	66	100.00%

Figura 11

Porcentajes por situación jurídica



El tiempo de reclusión de las mujeres participantes de la penitenciaría tiende a ser similar entre uno a dos años (25%), de dos a tres años (20%), de tres a cuatro años (18%), mas de cuatro años (24%) y solo hay un porcentaje menor de reclusas que tiene un tiempo de permanencia menor a un año en la penitenciaría (12%), como puede apreciarse en la tabla 12 y figura 12 a continuación presentadas.

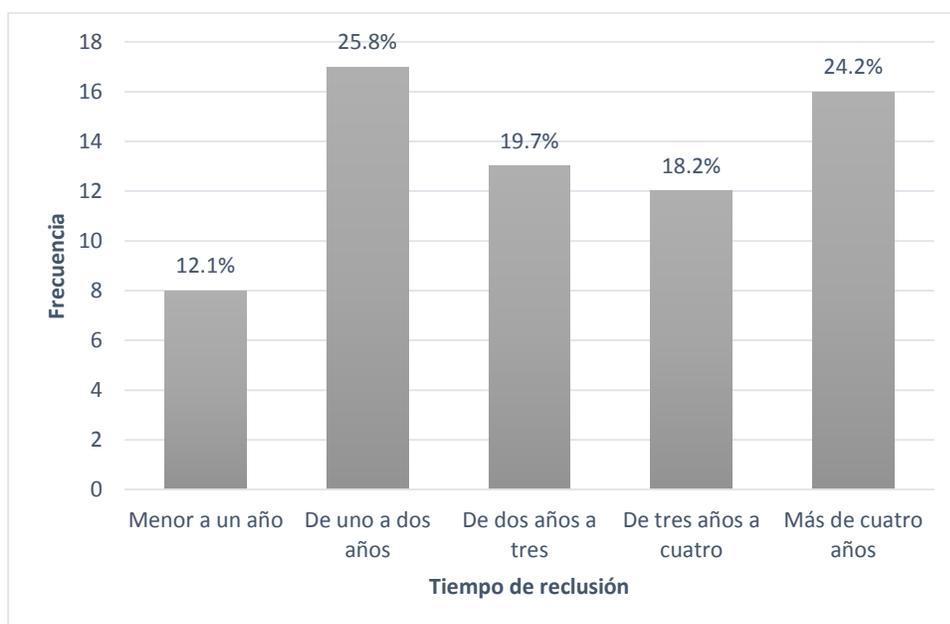
Tabla 12

Frecuencia y porcentaje por tiempo de reclusión

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menor a un año	8	12.1%
De uno a dos años	17	25.8%
De dos años a tres	13	19.7%
De tres años a cuatro	12	18.2%
Más de cuatro años	16	24.2%
Total general	66	100.00%

Figura 12

Porcentajes por tiempo de reclusión



La causa del delito mas común por las que las mujeres reclusas fueron sentenciadas fue principalmente por factores económicos (63%) , por razones afectivo-emocionales (6%), venganza (6%) y un porcentaje importante refiere otros tipos de causas (24%), como puede apreciarse en la tabla 13 y figura 13 a continuación presentadas.

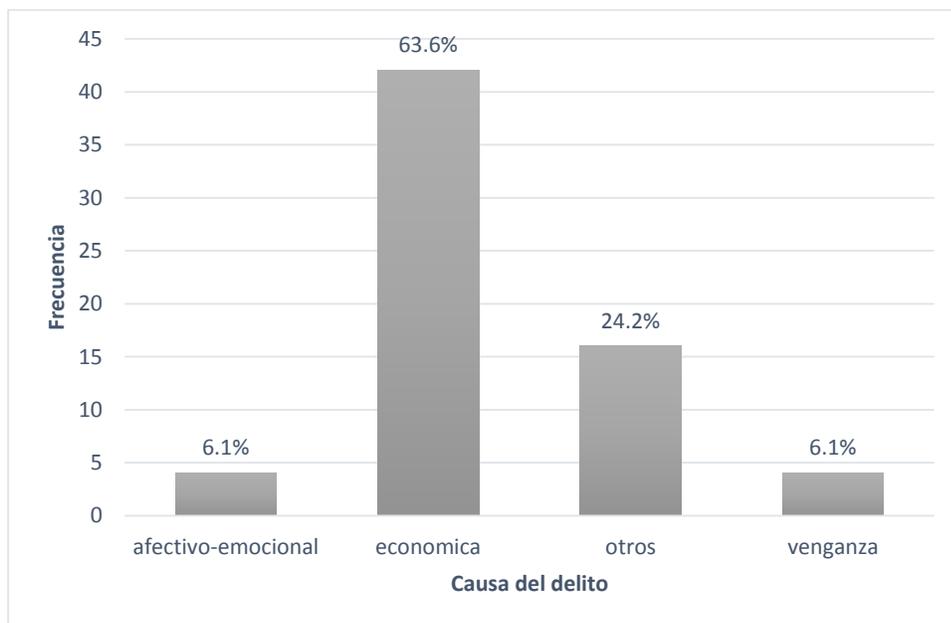
Tabla 13

Frecuencia y porcentaje por causa del delito cometido

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Afectivo-emocional	4	6.1%
Económica	42	63.6%
Otros	16	24.2%
Venganza	4	6.1%
Total general	66	100.00%

Figura 13

Porcentajes por causa del delito cometido



Finalmente, el último aspecto a explorarse entre los factores penitenciarios fue sí las mujeres reclusas reincidieron o no. Como puede apreciarse en la tabla 14 y figura 14, una gran mayoría de las mujeres que participaron en el presente estudio no reincidió (62%), pero un número importante de ellas (38%) si lo hizo, como puede apreciarse en la tabla 14 y figura 14 a continuación presentada.

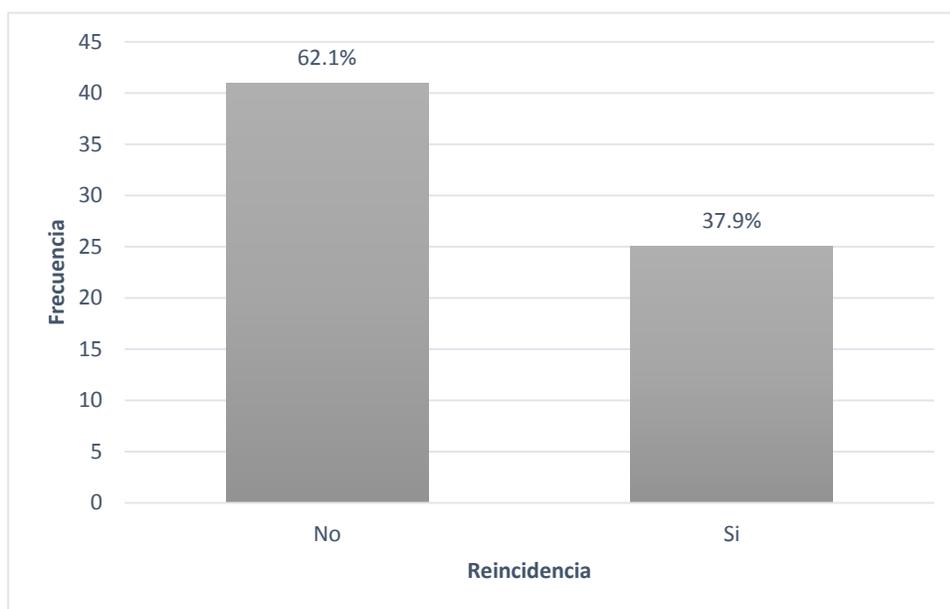
Tabla 14

Frecuencia y porcentaje por reincidencia

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No	41	62.1%
Si	25	37.9%
Total general	66	100.00%

Figura 14

Porcentajes por reincidencia



4.2. EN RESPUESTA O CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO, “EVALUAR EL ESTADO CLÍNICO DE SALUD MENTAL DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN FEMENINA DE OBRAJES DE LA CIUDAD DE LA PAZ”

Esta variable como ya se ha sustentado en líneas anteriores se ha evaluado con el Inventario de Síntomas SCL-90-R, que examina nueve dimensiones o patrones clínicos correspondientes al Eje I del DSM-5 (síndromes clínicos), y según los parámetros de diagnóstico clínico de este inventario se interpreta como sigue, 1) se considera indicativa “en riesgo” toda puntuación “T” igual o superior a 65; 2) indica presencia de “patología severa” toda puntuación igual o superior a “T” 80; 3) finalmente se puede decir que toda puntuación “T” menor a 64 “no está en riesgo y más aún está muy lejos de contar con una patología severa”. Asimismo, este inventario se interpreta o diagnostica según los tres índices globales de malestar psicológico indicados anteriormente y explicadas ampliamente en técnicas e instrumentos de investigación.

Posterior a la evaluación del estado clínico de salud mental, los resultados obtenidos reflejan que en la dimensión de somatización, una mayoría de las mujeres reclusas no esta en riesgo (44%), pero una cantidad importante 30% si fue evaluada con potencial riesgo de desarrollar una patología,

y un cuarto de las mujeres internas (26%) si presenta una patología severa, como puede apreciarse en la tabla 15 y figura 15 a continuación presentadas.

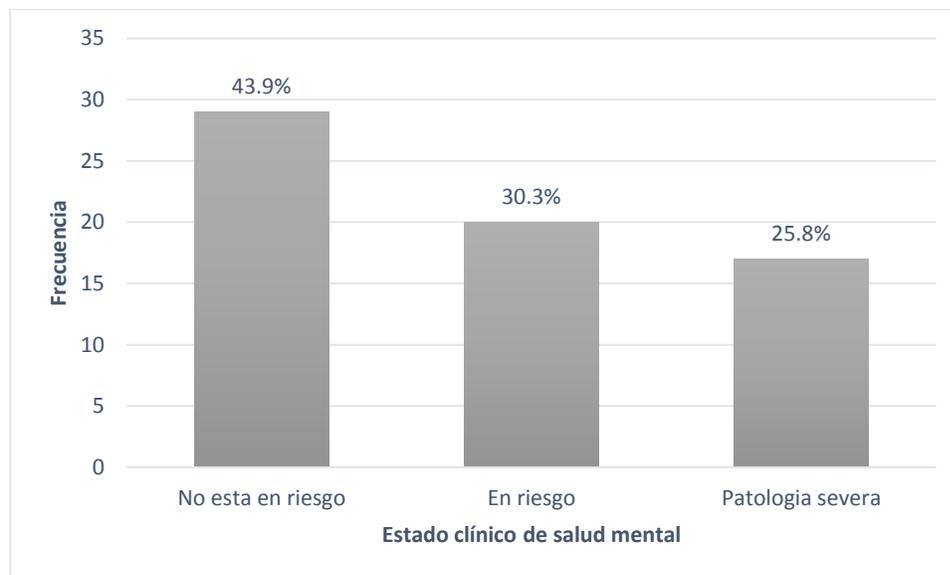
Tabla 15

Frecuencia y porcentaje de somatización

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No está en riesgo	29	43.9%
En riesgo	20	30.3%
Patología severa	17	25.8%
Total general	66	100.00%

Figura 15

Porcentajes de somatización



En cuanto a la dimensión de obsesiones y compulsiones, los resultados evidencian una mejor perspectiva, siendo las mujeres reclusas que no están en riesgo (74%) como las frecuentes, sin embargo un porcentaje significativo fue diagnosticado (24%) con potencial riesgo y tan solo un 1.5% de las mujeres internas presenta una marcada patología severa en esta dimensión, como puede apreciarse en la tabla 16 y figura 16 presentada a continuación.

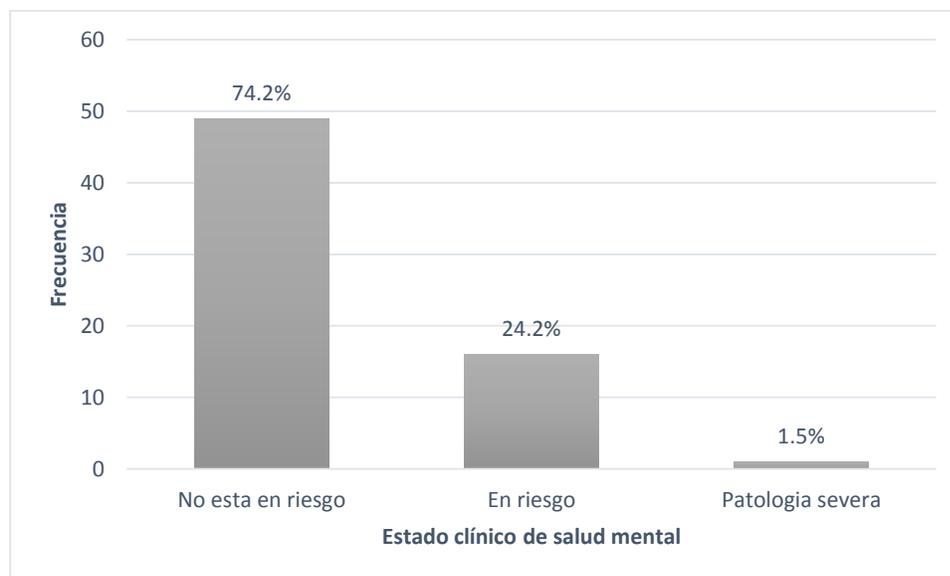
Tabla 16

Frecuencia y porcentaje de obsesiones y compulsiones

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No está en riesgo	49	74.2%
En riesgo	16	24.2%
Patología severa	1	1.5%
Total general	66	100.0%

Figura 16

Porcentajes de obsesiones y compulsiones



Los resultados obtenidos en la dimensión sensibilidad interpersonal, reflejan un nivel de riesgo bajo para la mayoría de las mujeres reclusas (61%), pero también de forma significativa un 30% de ellas si fue identificada en riesgo y solo un 9% de las mujeres internas fue diagnosticada con la presencia de una patología severa, como se puede apreciar en la tabla 17 y figura 17 presentada a continuación.

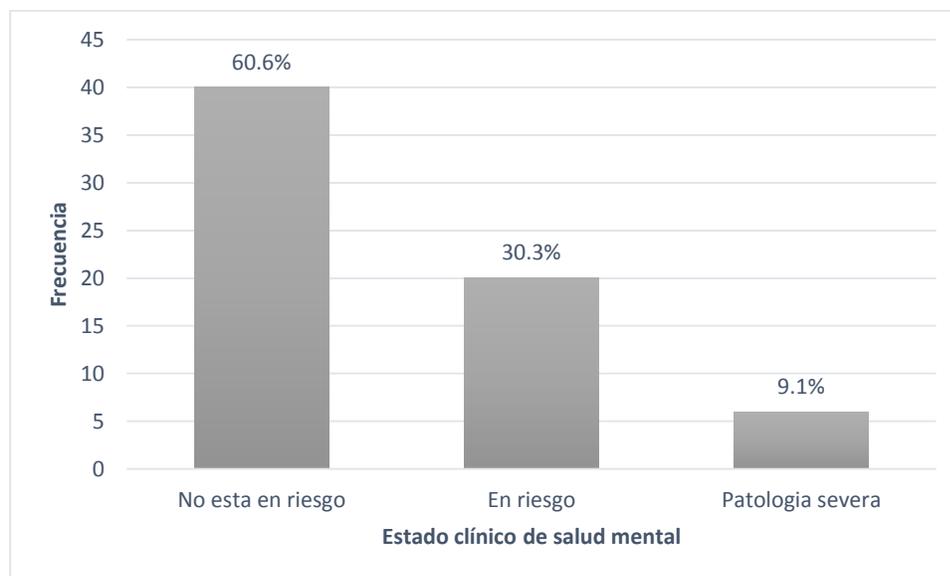
Tabla 17

Frecuencia y porcentaje de la sensibilidad interpersonal

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No está en riesgo	40	60.6%
En riesgo	20	30.3%
Patología severa	6	9.1%
Total general	66	100.0%

Figura 17

Porcentajes de la sensibilidad interpersonal



La tabla 18 y figura 18, presenta en detalle los resultados obtenidos posterior a la evaluación diagnóstica de la dimensión de depresión, como puede apreciarse, el nivel de riesgo bajo es el más frecuente (64%) entre las mujeres internas, pero de igual manera que en las anteriores dimensiones hay un significativo porcentaje de mujeres que están en riesgo y tan solo un 3% presenta una marcada patología severa.

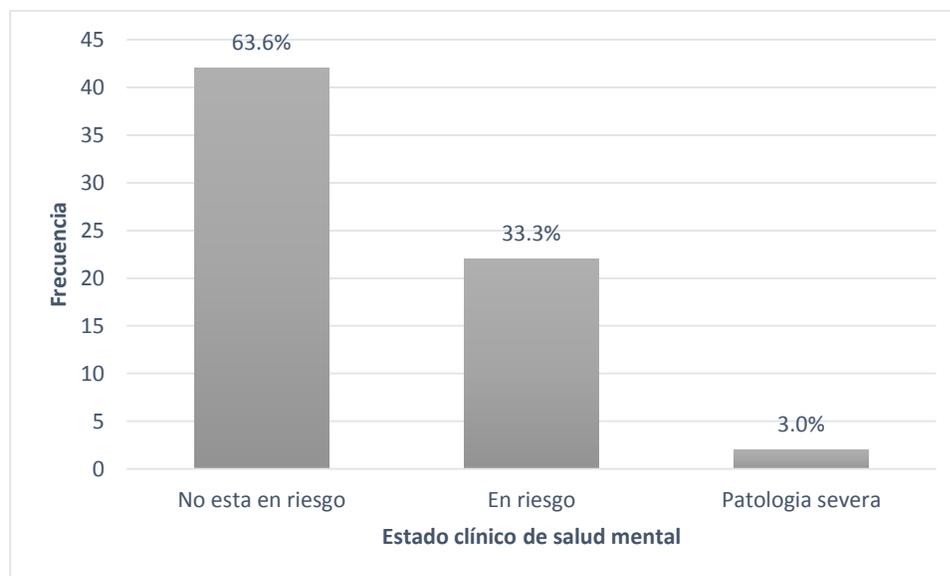
Tabla 18

Frecuencia y porcentaje de depresión

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No está en riesgo	42	63.6%
En riesgo	22	33.3%
Patología severa	2	3.0%
Total general	66	100.0%

Figura 18

Porcentajes de depresión



La ansiedad es una de las dimensiones que presenta un mayor número de mujeres internas que presentan una patología severa (26%) y también que están en riesgo de aumentar esta condición (24%). Los resultados evidencian que solo la mitad de las mujeres recluidas (50%) no presenta riesgo de esta patología, como puede apreciarse en detalle en la tabla 19 y figura 19 presentadas a continuación.

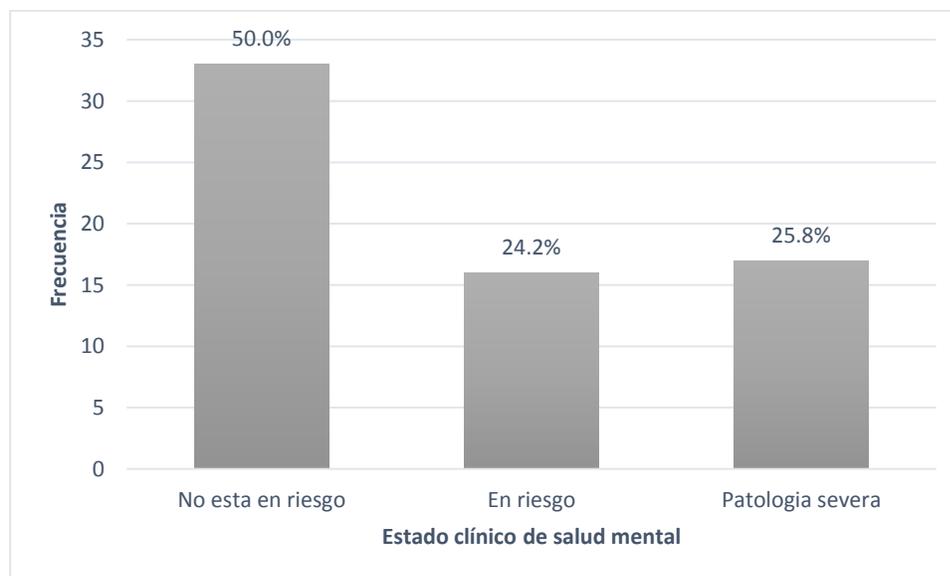
Tabla 19

Frecuencia y porcentaje de ansiedad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No está en riesgo	33	50.0%
En riesgo	16	24.2%
Patología severa	17	25.8%
Total general	66	100.0%

Figura 19

Porcentajes de ansiedad



La dimensión de hostilidad presenta niveles bajos de presencia de una patología severa entre las mujeres reclusas (9%) pero si una importante cantidad de mujeres que están en riesgo (23%). Los resultados también evidencian que un gran porcentaje de ellas no presenta riesgo de desarrollar esta patología (68%), como puede apreciarse en la tabla 20 y figura 20 presentadas a continuación.

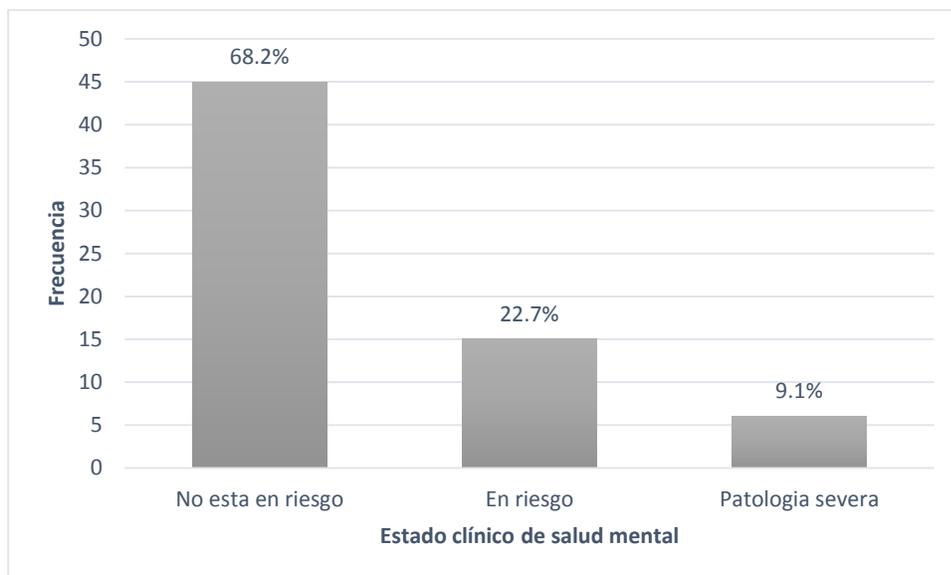
Tabla 20

Frecuencia y porcentaje de hostilidad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No está en riesgo	45	68.2%
En riesgo	15	22.7%
Patología severa	6	9.1%
Total general	66	100.0%

Figura 20

Porcentajes de hostilidad



Los resultados obtenidos en la dimensión de ansiedad fóbica, revelan que casi la mitad de las mujeres internas no presenta riesgo de desarrollar esta patología, pero casi la otra mitad (45%) de las mujeres si fue evaluada con potencial riesgo, y solo un 7% de ellas, efectivamente presenta una patología severa, como puede apreciarse en la tabla 21 y figura 21 presentadas a continuación.

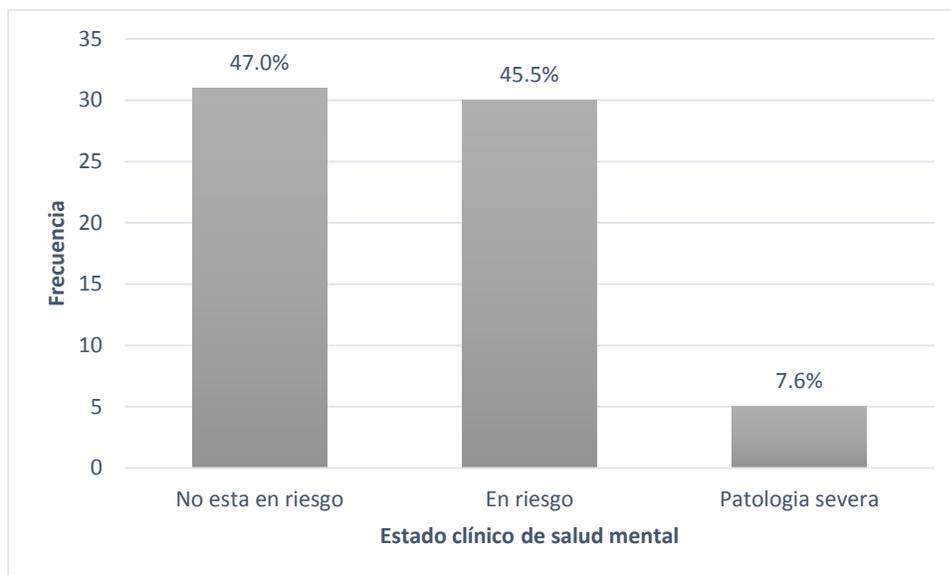
Tabla 21

Frecuencia y porcentaje de ansiedad fóbica

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No está en riesgo	31	47.0%
En riesgo	30	45.5%
Patología severa	5	7.6%
Total general	66	100.0%

Figura 21

Porcentajes de ansiedad fóbica



La ideación paranoide, es una de las dimensiones del estado clínico de salud mental que reporta menor incidencia de patología severa (1.5%) entre las mujeres internas, pero si hay un número significativo de ellas que si presenta riesgo (20%). En general la gran mayoría de las mujeres internas evaluadas no presenta riesgo de desarrollar esta patología (79%), como puede apreciarse en la tabla 22 y figura 22.

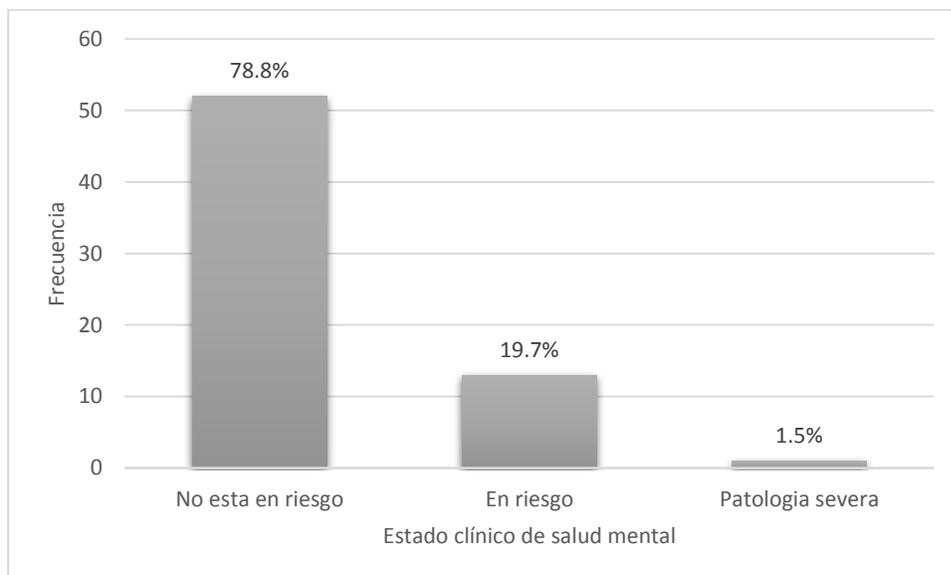
Tabla 22

Frecuencia y porcentaje de ideación paranoide

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No está en riesgo	52	78.8%
En riesgo	13	19.7%
Patología severa	1	1.5%
Total general	66	100.0%

Figura 22.

Porcentajes de ideación paranoide



La última dimensión evaluada del estado clínico de salud mental fue el psicoticismo, los resultados muestran que si bien casi la mitad de las mujeres internas evaluadas no está en riesgo, el restante porcentaje (40%) presenta un riesgo y un 11% de las reclusas tiene una marcada patología severa, como puede apreciarse en la tabla 23 y figura 23 a continuación presentadas.

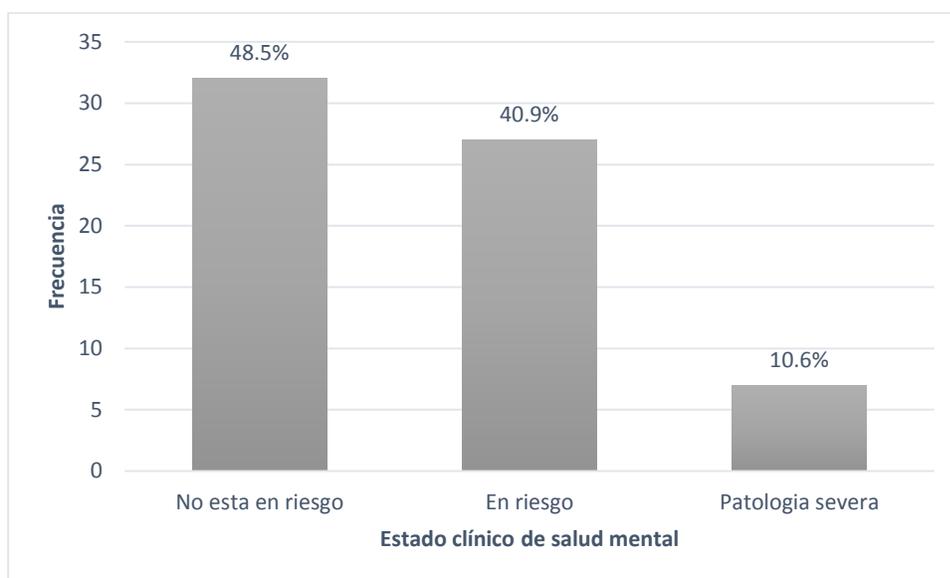
Tabla 23

Frecuencia y porcentaje de psicoticismo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No está en riesgo	32	48.5%
En riesgo	27	40.9%
Patología severa	7	10.6%
Total general	66	100.0%

Figura 23

Porcentajes de psicoticismo



Un último aspecto que la escala de estado clínico de salud mental evalúa es un índice global que conjunciona los resultados obtenidos en todas las dimensiones que componen el instrumento y que da una visión general del estado de salud mental. Como puede apreciarse en la tabla 24 y figura 24 los resultados evidencia en general una tendencia marcada a presentar un estado de riesgo entre las mujeres evaluadas en desarrollar alguna de las patologías previamente mencionadas (48%) y también una proporción importante se encuentra ya afectada por una patología severa (20%). Solamente el 32% de las mujeres no presenta riesgo.

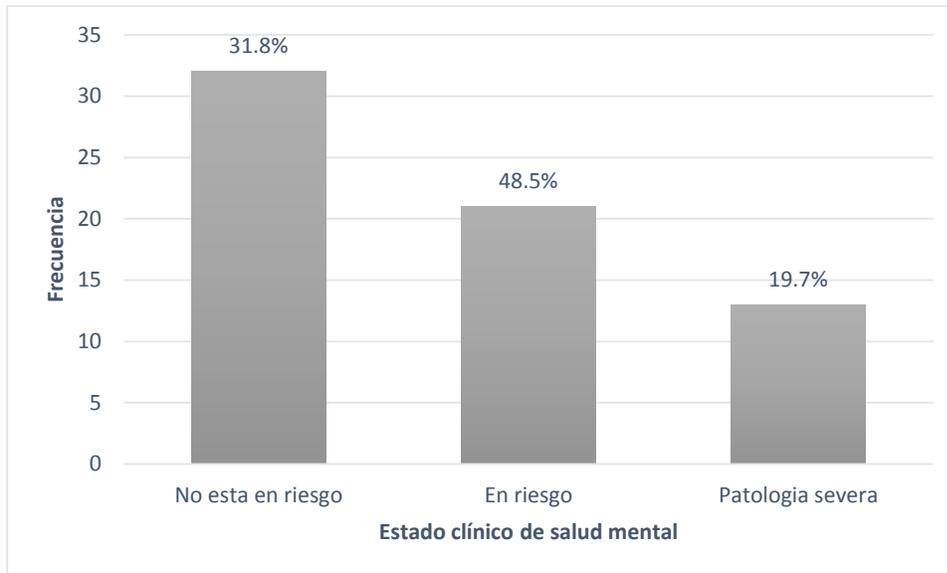
Tabla 24

Frecuencia y porcentaje del Índice Global

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
En riesgo	21	31.8%
No está en riesgo	32	48.5%
Patología severa	13	19.7%
Total general	66	100.0%

Figura 24

Porcentajes del Índice Global



En síntesis los resultados obtenidos tras evaluar el estado clínico de salud mental entre las mujeres internas evidencia que la somatización y ansiedad presentan promedios de 65 puntos en la escala, lo cual es clasificado por el instrumento como de riesgo de desarrollar patología, además que también presentan la mayor cantidad de patologías severas identificadas entre las mujeres evaluadas, también otras dimensiones afectadas en menor medida que las mencionadas previamente son la ansiedad fóbica y el psicoticismo con promedios que se acercan a un estado de riesgo. Finalmente, las otras dimensiones: depresión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, hostilidad y obsesiones-compulsiones, reflejan en general puntajes promedios más bajos, es decir que la mayoría de las mujeres internas no están en riesgo de desarrollar una patología marcada en alguna de las dimensiones citadas. La tabla 25 y figura 25 detallan en orden de importancia las dimensiones más afectadas del estado clínico de salud mental entre las mujeres reclusas participantes.

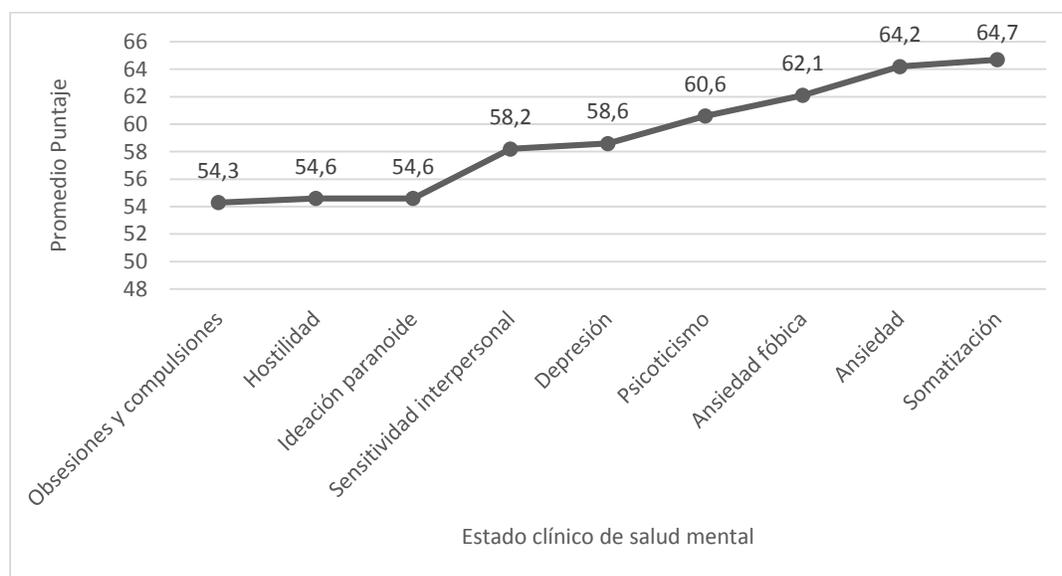
Tabla 25

Medidas descriptivas de las dimensiones del estado clínico de salud mental

	N	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Obsesiones y compulsiones	66	54.3	55	9.93	35	80
Hostilidad	66	54.6	55	13.5	35	80
Ideación paranoide	66	54.6	55	10.4	35	80
Sensitividad interpersonal	66	58.2	60	11.7	35	80
Depresión	66	58.6	60	9.51	35	80
Psicoticismo	66	60.6	65	11.7	35	80
Ansiedad fóbica	66	62.1	65	10.3	45	80
Ansiedad	66	64.2	64	13	35	80
Somatización	66	64.7	65	12.4	40	80

Figura 25

Comparativa de promedios de las dimensiones del estado clínico de salud mental



4.3. EN RESPUESTA O CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO, “EVALUAR LAS REACCIONES O RESPUESTAS ADAPTATIVAS DE LA RECLUSIÓN PENITENCIARIA EN MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN FEMENINA DE OBRAJES DE LA CIUDAD DE LA PAZ”

Como se ha señalado en adelante las “reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria” según la presencia o ausencia de respuestas adaptativas al ambiente o contexto carcelario se llega a determinar una “baja”, “media”, “buena” o “muy buena” adaptación

penitenciaria, en este estudio al Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz por parte de las sesenta y seis (66) privadas de libertad (muestra de estudio) del mencionado penal.

La reacción o respuesta adaptativa presente entre las mujeres internas evaluadas fue en promedio de 147, lo que en términos de evaluación de la escala significa una buena respuesta adaptativa a las condiciones de reclusión penitenciaria como puede apreciarse en la tabla 26 a continuación.

Tabla 26

Medidas descriptivas de reacciones o respuestas adaptativas a la reclusión penitenciaria

Descriptivos	
N	66
Media	147
Mediana	146
Desviación estándar	22
Mínimo	108
Máximo	212

En general el desempeño en la reacción o respuesta adaptativa a las condiciones de hacinamiento penitenciario es buena (que corresponde a 49 de las 66 mujeres evaluadas) lo que representa el 74% del total del grupo evaluado, es decir una gran mayoría, además que un 5% de ellas tuvo una valoración de muy buena. Solo un grupo menor de mujeres recluidas (21%) tuvo una valoración de respuesta adaptativa media, como puede apreciarse en la tabla 27 y figura 26 presentada a continuación.

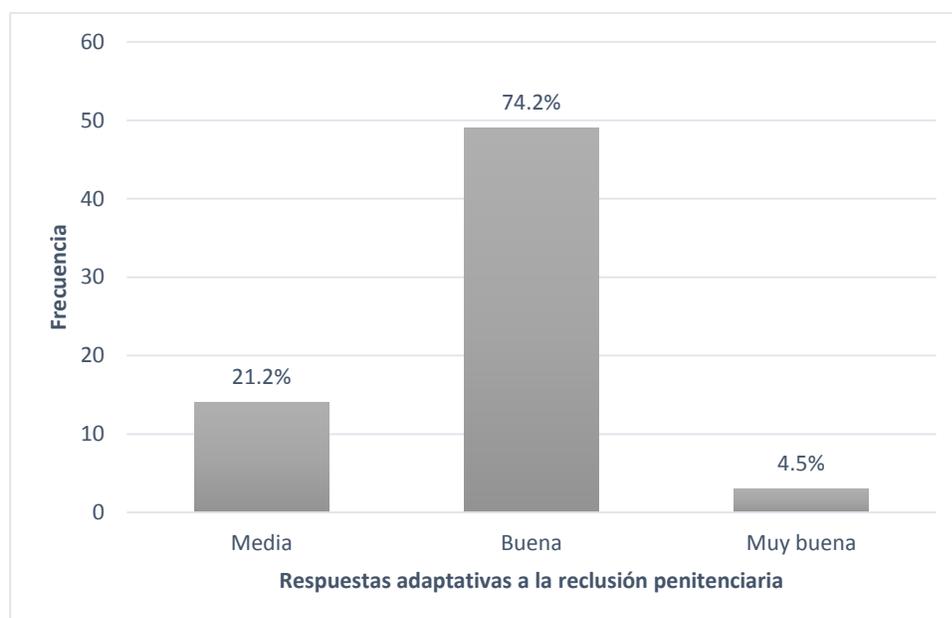
Tabla 27

Frecuencia y porcentaje de reacciones o respuestas adaptativas a la reclusión penitenciaria

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Media	14	21.2%
Buena	49	74.2%
Muy buena	3	4.5%
Total general	66	100.00%

Figura 26

Porcentajes de reacciones o respuestas adaptativas a la reclusión penitenciaria



En síntesis el desempeño de reacción o respuesta adaptativa penitenciaria fue buena por parte de las mujeres internas evaluadas, inclusive no hubo una valoración baja en absoluto.

4.4. EN RESPUESTA O CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO, “RELACIONAR ENTRE EL ESTADO CLÍNICO DE SALUD MENTAL Y LAS REACCIONES O RESPUESTAS ADAPTATIVAS DE LA RECLUSIÓN PENITENCIARIA EN MUJERES PRIVADAS DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN FEMENINA DE OBRAJES DE LA CIUDAD DE LA PAZ”

Para comprobar la hipótesis de investigación del presente estudio, se realizó un análisis estadístico correlacional entre los puntajes de reacción o respuesta adaptativa de la reclusión penitenciaria y nueve (9) dimensiones que componen el estado clínico de salud mental, mediante el empleo del estadístico paramétrico de Pearson para determinar el nivel de correlación entre estas variables. Se justifica su empleo, debido fundamentalmente a que los valores a ponderar son de tipo escala y continuos que provienen de instrumentos validados y confiables, además también la distribución de los valores arrojados por ambos instrumentos es normal. A continuación, se presenta los resultados más importantes encontrados.

El análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y la dimensión de somatización del estado clínico de salud mental, no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas

variables ($r=0.106, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre un estado de somatización con el grado de reacción o respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no, probablemente no parece influir o incidir en el nivel de patología somática, como puede apreciarse en la tabla 28 y figura 27 presentadas a continuación.

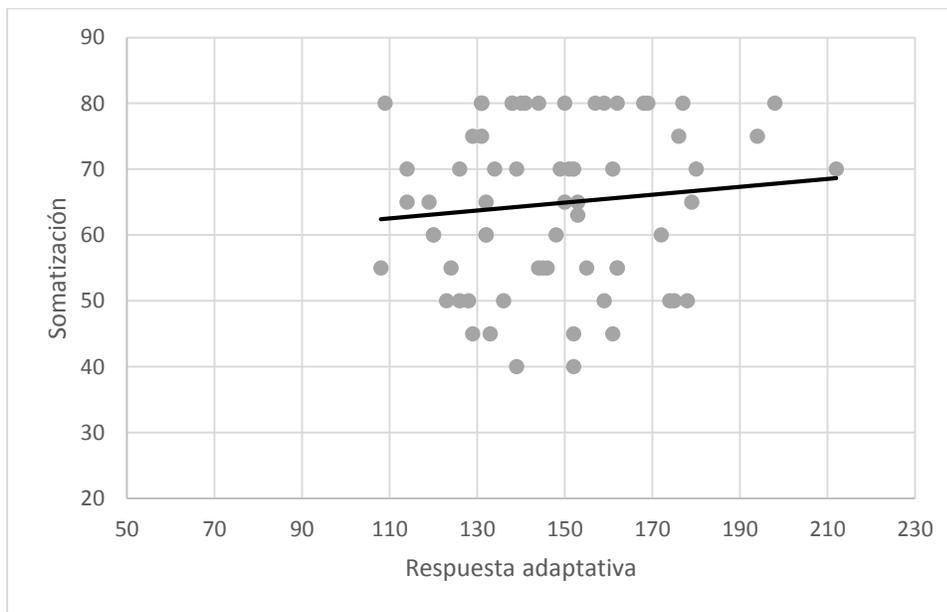
Tabla 28

Correlación de reacciones o respuesta adaptativas con la somatización

		Somatización
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	0.106
	p-value	0.396

Figura 27

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con somatización



El análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y la dimensión de obsesiones y compulsiones del estado clínico de salud mental, no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas variables ($r=0.12, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre un estado de obsesiones y compulsiones con el grado de respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no,

probablemente no parece influir o incidir en el nivel de patología de obsesiones y compulsiones, como puede apreciarse en la tabla 29 y figura 28 presentadas a continuación.

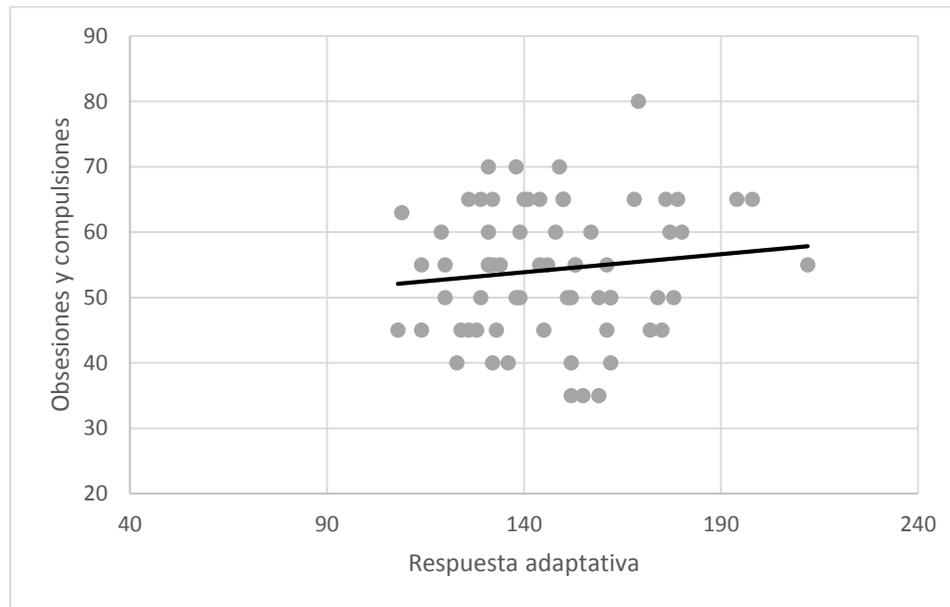
Tabla 29

Correlación de reacción o respuesta adaptativa con obsesiones y compulsiones

		Obsesiones y compulsiones
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	0.123
	p-value	0.327

Figura 28

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con obsesiones y compulsiones



El análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y la dimensión de sensibilidad interpersonal del estado clínico de salud mental, no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas variables ($r=0.12, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre un estado de sensibilidad interpersonal con el grado de reacción o respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no, probablemente no parece influir o incidir en el nivel de patología de sensibilidad interpersonal, como puede apreciarse en la tabla 30 y figura 29 presentadas a continuación.

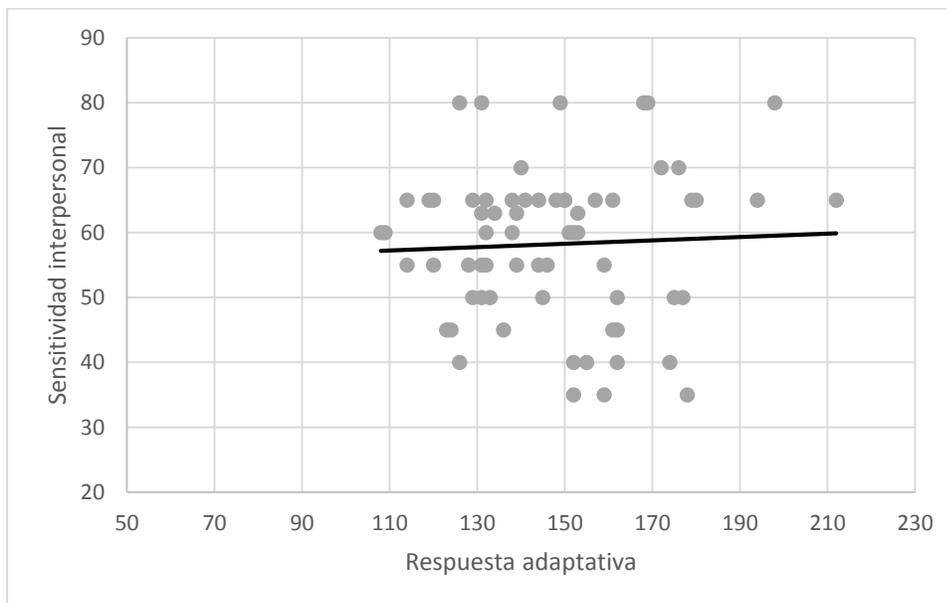
Tabla 30

Correlación de reacción o respuesta adaptativa con sensibilidad interpersonal

		Sensibilidad interpersonal
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	0.123
	p-value	0.327

Figura 29

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con sensibilidad interpersonal



El análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y la dimensión de depresión del estado clínico de salud mental, no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas variables ($r=-0.17, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre un estado de depresión con el grado de reacción o respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no, probablemente no parece influir o incidir en el nivel de patología de depresión, como puede apreciarse en la tabla 31 y figura 30 presentadas a continuación.

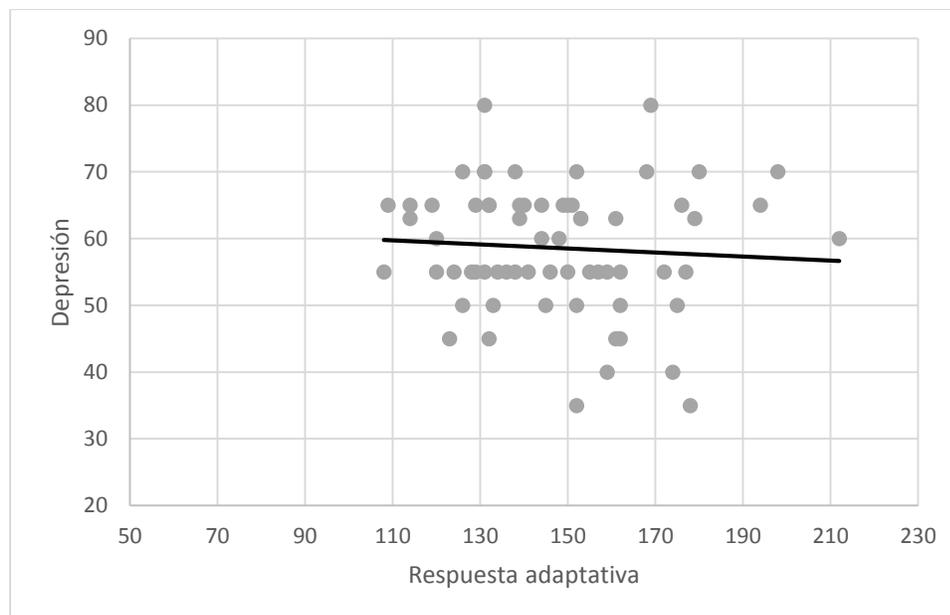
Tabla 31

Correlación de reacción o respuesta adaptativa con depresión

		Depresión
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	-0.071
	p-value	0.574

Figura 30

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con depresión



El análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y la dimensión de ansiedad del estado clínico de salud mental, no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas variables ($r=-0.008, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre un estado de ansiedad con el grado de respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no, probablemente no parece influir o incidir en el nivel de patología de ansiedad, como puede apreciarse en la tabla 32 y figura 31 presentadas a continuación.

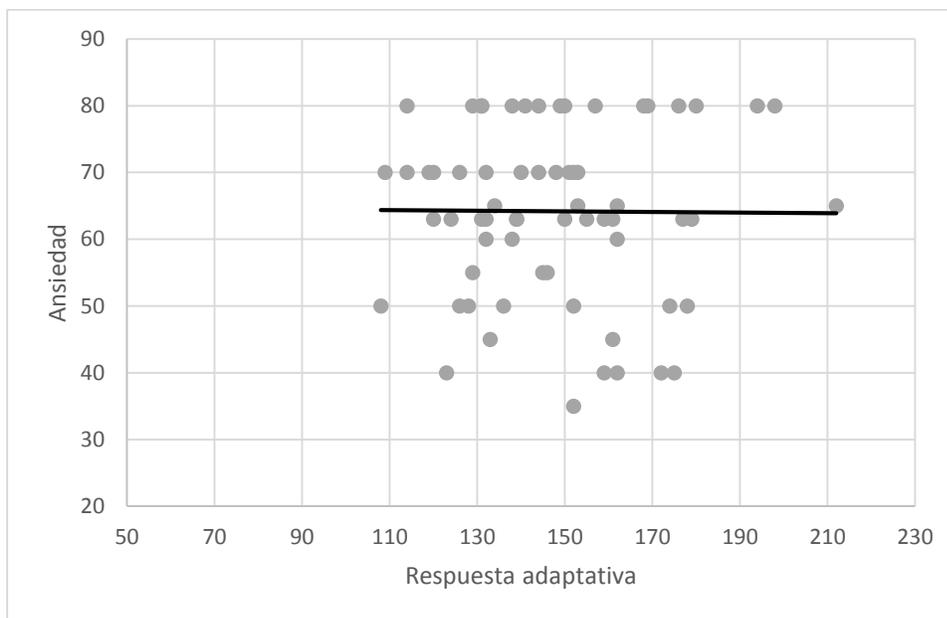
Tabla 32

Correlación de reacción o respuesta adaptativa con ansiedad

		Ansiedad
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	-0.008
	p-value	0.952

Figura 31

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con ansiedad



El análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y la dimensión de hostilidad del estado clínico de salud mental, no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas variables ($r=-0.074, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre un estado de hostilidad con el grado de respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no, probablemente no parece influir o incidir en el nivel de patología de hostilidad, como puede apreciarse en la tabla 33 y figura 32 presentadas a continuación.

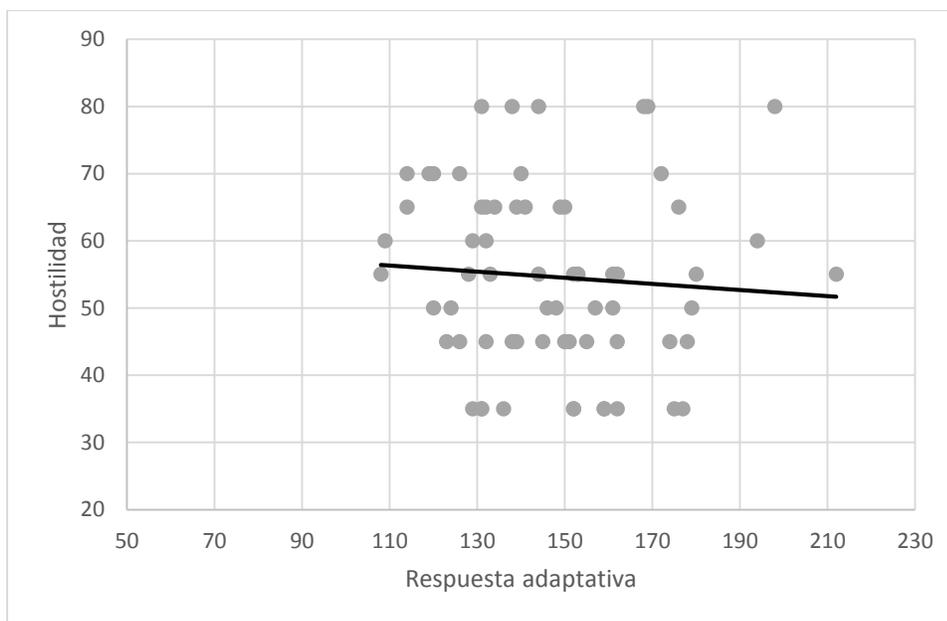
Tabla 33

Correlación de reacción o respuesta adaptativa con hostilidad

		Hostilidad
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	-0.074
	p-value	0.554

Figura 32

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con hostilidad



El análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y la dimensión de ansiedad fóbica del estado clínico de salud mental, no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas variables ($r=0.127, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre un estado de ansiedad fóbica con el grado de respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no, probablemente no parece influir o incidir en el nivel de patología de ansiedad fóbica, como puede apreciarse en la tabla 34 y figura 35 presentadas a continuación.

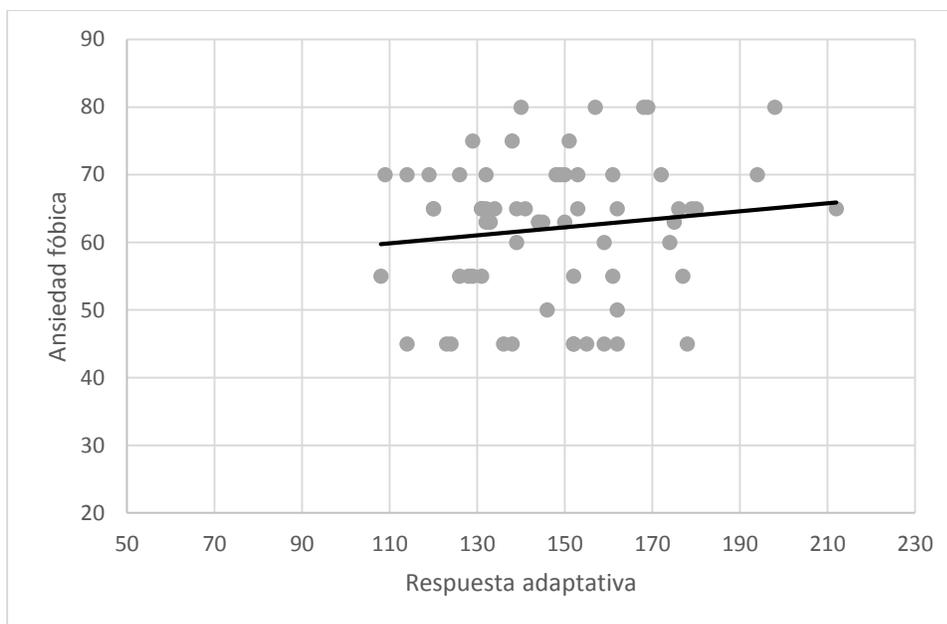
Tabla 34

Correlación de reacción o respuesta adaptativa con ansiedad fóbica

	Ansiedad fóbica	
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	0.127
	p-value	0.309

Figura 33

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con ansiedad fóbica



El análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y la dimensión de ideación paranoide del estado clínico de salud mental, no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas variables ($r=0.001, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre un estado de ideación paranoide con el grado de respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no, probablemente no parece influir o incidir en el nivel de patología de ideación paranoide, como puede apreciarse en la tabla 35 y figura 36 presentadas a continuación.

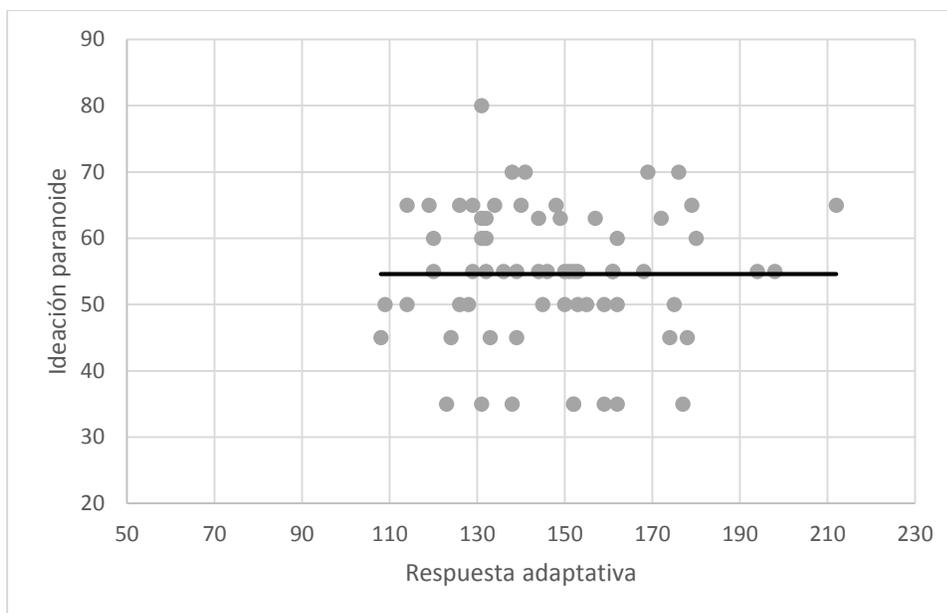
Tabla 35

Correlación de reacción o respuesta adaptativa con ideación paranoide

		Ideación paranoide
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	0.001
	p-value	0.996

Figura 34

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con ideación paranoide



El análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y la dimensión de ideación psicoticismo del estado clínico de salud mental, no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas variables ($r=0.088, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre un estado de psicoticismo con el grado de respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no, probablemente no parece influir o incidir en el nivel de patología de psicoticismo, como puede apreciarse en la tabla 36 y figura 37 presentadas a continuación.

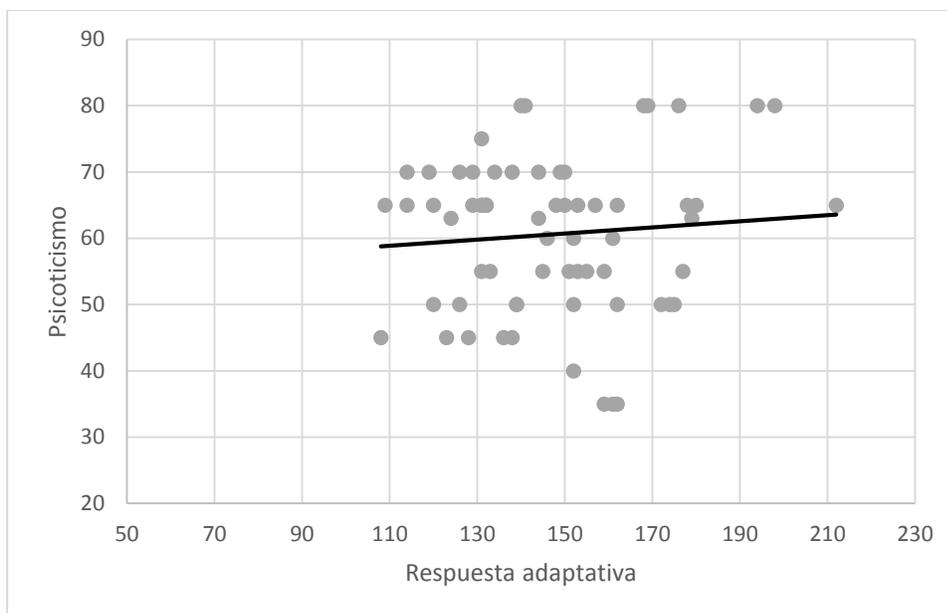
Tabla 36

Correlación de reacción o respuesta adaptativa con psicoticismo

		Psicoticismo
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	0.088
	p-value	0.485

Figura 35

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con psicoticismo



Finalmente se llevó a cabo el análisis de correlación entre la reacción o respuesta adaptativa y el índice global de severidad del estado clínico de salud mental, el cual no evidencia una correlación significativa entre las mencionadas variables ($r=0.041, n=66, p>0.05$) por lo cual no es posible establecer una relación entre el índice global de severidad con el grado de respuesta adaptativa entre las mujeres internas evaluadas. Es decir que el nivel de adaptación que las reclusas presentan este bajo o no, probablemente no parece influir o incidir en el nivel de índice global de severidad, como puede apreciarse en la tabla 37 y figura 36 presentadas a continuación.

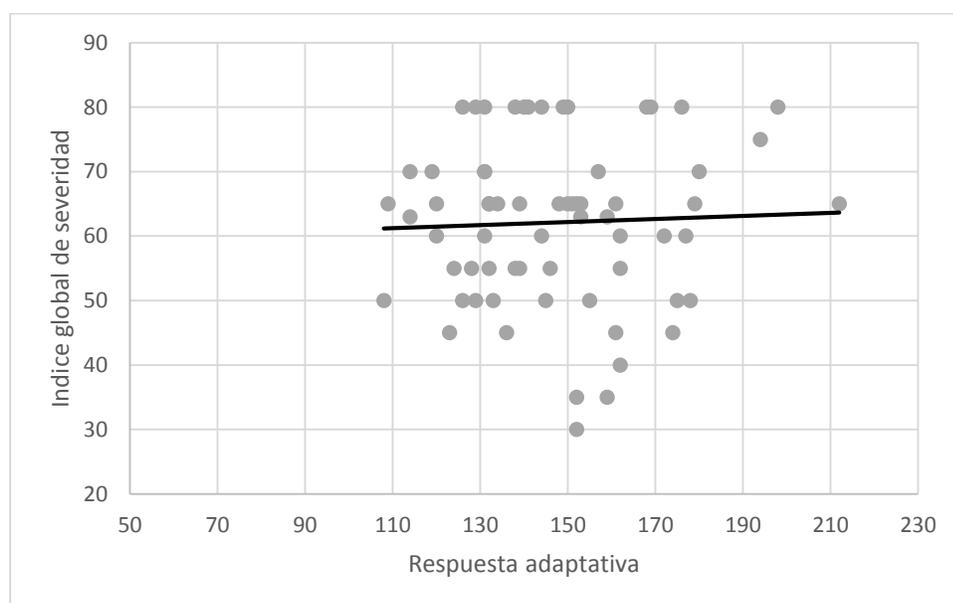
Tabla 37

Correlación de reacción o respuesta adaptativa con el índice global de severidad

	Índice global de severidad	
Respuesta Adaptativa	Pearson's r	0.041
	p-value	0.745

Figura 36

Dispersión de reacción o respuesta adaptativa con el índice global de severidad



En síntesis los resultados no apoyan la hipótesis de la presente investigación.

Es así que, hipotéticamente podemos deducir que la esporádica o limitada correlación identificada entre las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria y las nueve dimensiones clínicas (estado clínico de salud mental) en una muestra (n) de estudio de 66 mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajés (COFO) de la ciudad de La Paz pueda estar sujeto a varios factores, de los cuales podemos mencionar algunos de ellos a manera de análisis.

Al ser un centro penitenciario de “régimen abierto” el COFO a diferencia de uno de “régimen cerrado” posibilita la convivencia e interacción social tanto con la población interna (reclusas) como con la población externa (visitas) con reducidas restricciones regimentales respecto a la

seguridad y al resguardo policial, además tienen mayores posibilidades de trabajar, estudiar, practicar uno o varios deportes, inmiscuirse en actividades religiosas, entre otros, durante su privación de libertad, es así que, probablemente a estos aspectos y otros relativamente positivos en este trabajo se ha llegado a constatar sorprendentemente, que la mayoría de la muestra (n) de estudio presente una “buena” (49 internas de 66 internas evaluadas) adaptación al contexto o entorno carcelario, es más ninguna de ellas presenta una “baja adaptación penitenciaria” (reacciones o respuestas adaptativas a la reclusión penitenciaria).

Respecto, a la variable adaptación penitenciaria, de las nueve dimensiones clínicas (estado clínico de salud mental) evaluadas, en general la mayoría de las mujeres privadas de libertad (muestra de investigación) no está en riesgo de desarrollar una patología psicológica severa o marcada, por el contrario una reducida minoría de ellas si está en este riesgo. Estos resultados clínicos llaman la atención, ya que se esperaría que la mayoría de las internas debido a los altos niveles de estrés que produce el encierro carcelario podrían haber estado en riesgo o en su caso tengan cuadros clínicos severos.

Otro aspecto importante a considerar es el metodológico, ya que la selección (criterios de inclusión y exclusión) de la muestra (n) de estudio puede haber tenido algunos errores para su constitución y posterior evaluación, también esto sería un posible factor para la esporádica correlación identificada en el presente trabajo.

,

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En función de los resultados alcanzados u obtenidos en cada uno de los objetivos propuestos o planteados en el presente trabajo (variables de estudio), y en base a los criterios teóricos – metodológicos de este estudio se ha arribado a las siguientes conclusiones específicas.

Para una adecuada y apropiada comprensión de estas puntualizaciones científicas se responderá o tratará de acuerdo a cada uno de los objetivos planteados y alcanzados (cumplimiento de objetivos) en el presente proyecto de investigación científica, asimismo, se desarrollaran en función al orden presentado en resultados (Capitulo IV, Resultados).

1. “Describir las características sociodemográficas y delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”.

De la muestra (n) de estudio de 66 mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz, la mayoría son adultas, de origen del área urbana (lugar de nacimiento), de radicatoria urbana (anterior a su situación actual de reclusión), son solteras, concubinas, casadas o en matrimonio (casi a un tercio), de estatus o nivel económico social baja o de bajos recursos, son católicas y de religión protestante, el nivel de estudio alcanzado es secundaria y primaria respectivamente, de ocupación laboral comerciante y finalmente indicar que la mayoría o casi todas son de nacionalidad boliviana.

Asimismo, de la muestra (n) de investigación del Centro de Orientación Femenina de Obrajes la mayoría de las mujeres está reclusa por transgredir la Ley 1008, cometer el delito de asesinato y robo agravado respectivamente, tienen sentencia (casi todas), están privadas de libertad de más de cuatro años, de uno a dos años y de dos a tres años subsecuentemente, la causa que en mayor medida les llevo a cometer el delito son por los factores económicos, finalmente la mayor proporción de la muestra de estudio no es reincidente, es así que, esta es su primera reclusión penitenciaria, aunque llama poderosamente la atención aquel 38% restante, que si es reincidente, lo cual debe ser observada, atendida, gestionada por el consejo penitenciario del indicado penal, sobre todo por el área de trabajo social y psicología, que deben trabajar estratégicamente y bajo un

programa de rehabilitación e inserción social postpenitenciario con este grupo en riesgo de reincidencia delictiva posterior a la excarcelación.

2. “Evaluar el estado clínico de salud mental de las mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”.

Respecto a esta variable de estudio se ha constatado, que la presencia de las dimensiones o patrones de somatización y ansiedad (que presentan promedios de 65 puntos en la escala) están en una predisposición marcada de riesgo de desarrollar o convertirse en patología o enfermedad psicológica (de las 9 dimensiones, que evalúa el Inventario de Síntomas SCL-90-R) en la muestra (n) de este estudio. Asimismo, se ha observado o identificado en mayor medida patologías severas, descritos y explicados en el apartado de “resultados”, en las mujeres recluidas (n) del Centro de Orientación Femenina de Obrajes. Ahora bien, en menor proporción las dimensiones afectadas son la ansiedad fóbica y el psicoticismo con promedios cerca de un estado de riesgo. En fin, los patrones de, depresión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, hostilidad y obsesiones-compulsiones en general presentan puntajes promedios más bajos, que en consecuencia denota que la mayoría de las mujeres recluidas (n) en el indicado penal no se encuentran en riesgo de desarrollar o adquirir una patología o enfermedad psicológica marcada (de las 9 dimensiones, que evalúa el SCL-90-R).

3. “Evaluar las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”.

Los resultados alcanzados y determinados sobre las “reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria” al Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz por parte de las mujeres recluidas (n) en este penal son muy particulares, ya que la mayoría de estas internas (n) presentan una “buena” (49 de una muestra (n) de estudio de 66) adaptación al contexto o entorno carcelario, asimismo, 3 internas (n) de las 66 presenta una “muy buena” adaptación penitenciaria, además, 14 internas (n) de 66 presenta una “mediana o media” adaptación al medio carcelario, que inclusive ninguna de las mujeres recluidas (n) contestó o respondió en la categoría u opción de respuesta “baja” adaptación penitenciaria.

4. “Relacionar entre el estado clínico de salud mental y las reacciones o respuestas adaptativas de la reclusión penitenciaria en mujeres privadas de libertad del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz”.

De acuerdo a las correlaciones efectuadas entre los nueve patrones o dimensiones (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) del estado clínico de salud mental y las reacciones o respuestas adaptativas (baja, media, buena o muy buena) de la reclusión carcelaria en la muestra (n) de estudio de sesenta y seis (66) internas del Centro de Orientación Femenina de Obrajes de la ciudad de La Paz con el estadístico paramétrico coeficiente de correlación de Pearson (r) (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 383 – 384 – 385 - 386) solo se ha llegado a establecer una esporádica o parcial relación o asociación entre las variables del presente estudio, que en consecuencia no apoyan o aprueban totalmente a la hipótesis de investigación (H_i) planteado en este trabajo. Ahora bien, hipotéticamente se puede decir, que esta ocurrencia de resultados a lo mejor se deba a varios factores, entre los cuales podemos citar algunos de ellos como ejemplo, puede darse debido al muestreo, errores en la evaluación, entre otros, es así que, esta ocurrencia de resultados de ninguna manera le quita a este estudio en particular su valor científico, ya que estos casos se presentan en distintas investigaciones científicas.

Ahora bien, hipotéticamente a modo de análisis, debemos indicar tácitamente que los resultados y a las conclusiones que se han arribado en este estudio, de las variables de estudio (salud mental y adaptación penitenciaria) claramente han identificado, que la reclusión penitenciaria en el Centro de Orientación Femenina de Obrajes (COFO) de la ciudad de La Paz no es un entorno o contexto en extrema medida totalmente negativo, donde la salud mental o psicológica pueda exacerbarse al límite o riesgo de convertirse en síndromes o trastornos mentales muy severos que pongan en total riesgo la integridad personal, psicológica y social de la persona en situación carcelaria en el referido recinto carcelario.

Sin embargo, variables como el contagio criminal, el aprendizaje de la subcultura carcelaria, la inseguridad penitenciaria, el consumo de alcohol y drogas, el ajuste de cuentas, la prostitución, el abandono familiar, la corrupción y la retardación de justicia, la vulneración de los derechos humanos, la violencia carcelaria, la falta de empleo, y entre tantas variables a enumerar, están latentes día a día en la vida de privación de libertad, que sin duda alguna el estado, es quien debe

responsabilizarse de reducir o erradicar totalmente los aspectos mencionados u otorgar necesidades mediante la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión, dicho de manera general.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

De la presente investigación científica efectuada desde el área de la psicología penitenciaria, clínica y de la salud se considera tener en cuenta las siguientes recomendaciones o sugerencias, ya que ni la presente investigación u otras en general son definitivos o irrefutables en todas sus partes que lo integran (planteamiento del problema y objetivos, marco teórico, procedimientos y herramientas metodológicas) sobre todo respecto a sus resultados y conclusiones alcanzados u obtenidos, es así que, estas sugerencias o inquietudes producto de la experiencia práctica de este estudio son como siguen.

Todos aquellos proyectos de investigación a realizarse con población (N) o muestra (n) de estudio con privados o privadas de libertad se deben llevar adelante bajo normativa internacional y nacional, que contemplan y resguardan los “Derechos Humanos” de las personas en situación de reclusión penitenciaria, en particular sobre las siguientes: 1) Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (1955), 2) Convención Americana de los Derechos Humanos (1978), 3) Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (2009) y 4) Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001).

Asimismo, se deben cuidar y sobre todo respetar imprescindiblemente todos los aspectos ético morales de la investigación científica, de inicio empleando el consentimiento informado, que debe indicar con claridad la libre y voluntaria participación o no en el estudio en consideración, y no debe mediar ninguna forma o práctica de presión o manipulación para la toma de esta decisión. Respecto a la evaluación, procesamiento, análisis, presentación o exposición y sobre todo al manejo de datos o informaciones de la población (N) o muestra (n) examinada se los debe resguardar de acuerdo y en cumplimiento de la “confidencialidad del secreto profesional” para estudios científicos, mismo, que está contemplado a nivel internacional y nacional por medio de los colegios profesionales y leyes de estado de cada país en particular.

Sería ideal a estas alturas del tiempo, que exista en la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión – Bolivia un área epidemiológica, que compile o confluya todos los datos o informaciones clínico psicopatológicos, ya sean producto de la investigación científica o por el trabajo desarrollado por las áreas de psicología de los diferentes recintos penitenciarios, lo cual,

coadyuvaría en la intervención, tratamiento y sobre todo en la gestión del riesgo de reincidencia delictiva.

Asimismo, este estudio se pone en consideración de consulta o uso a las distintas instituciones públicas, privadas, de convenio, entre otras, que desempeñan labores de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención con personas privadas de libertad, entre estas instituciones podemos nombrar a las siguientes, Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión – Bolivia, Dirección Departamental de Régimen Penitenciario – La Paz, Defensoría del Pueblo, Asamblea de los Derechos Humanos, Observatorio Nacional de Seguridad Ciudadana (ONSC) y Policía Plurinacional de Bolivia.

Ahora bien, este trabajo invita al lector de la misma a desarrollar o a incentivar en otros estudiantes o profesores de cátedra de pre y postgrado a la realización de investigaciones científicas en poblaciones o muestras penitenciarias, ya que la reclusión carcelaria es consecuencia de la delincuencia, el delito y el delincuente, los cuales son una problemática social y de estado de data antigua e irresuelta hasta el presente.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (1999). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. México: Editorial El Manual Moderno. Primera edición. Segunda reimpresión.

ARROYO, J. M. (2011). *Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo*. España: Revista Española de Sanidad Penitenciaria. En red.

BECERRA, S., TORRES, G. y RUIZ, J. I. (2008). *Un estudio longitudinal y comparativo sobre la adaptación psicosocial a contextos carcelarios*. Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Anuario de Psicología Jurídica, vol. 18, 2008, pp. 61 – 72. En red.

BENAVIDES, M. y BEITIA, P. (2012). *Enfermedad Mental en reclusos en la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria*. Palmira, Colombia: Rev. Ciencia & Salud. En red.

CALDERÓN, R. (2011). *Escala de adaptación aplicado a situación penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011)*. La Paz, Bolivia.

CARAVACA, F. y GARCÍA, M. (2019). Alcohol, otras drogas y salud mental en población femenina penitenciaria. *Anuario de Psicología Jurídica*. España: Universidad Pablo de Olavide (Sevilla - España), Universidad de Murcia (España). Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. En red.

CRESPO, F. A. (2015). *Privación de libertad y sociología del medio carcelario en Venezuela*. Mérida, Venezuela: UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, Editado por el Consejo de Publicaciones. En red.

DEFENSOR DEL PUEBLO REPUBLICA DE BOLIVIA. (2004). *Derechos humanos de las personas privadas de libertad: Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos; Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión*. La paz, Bolivia.

DEROGATIS, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revised*. Minneapolis - Minnesota, U.S.A.: NCS Pearson, Inc.

DICCIONARIO REAL DE LA LENGUA ESPAÑOLA. (2001). España.

DIRECCIÓN GENERAL DE RÉGIMEN PENITENCIARIO Y SUPERVISIÓN. (2016). *Ministerio de Gobierno*. La Paz, Bolivia.

FRASER, A. GATHERER, A. y HAYTON, P. (2009). *Mental health in prisons: great difficulties but are there opportunities*. Public Health, Reino Unido. En red.

DORSCH, F. (1991). *Diccionario de psicología*. España: Editorial Herder.

GARCÍA-BORÉS, J. M. (1995). La cárcel. En A. Aguirre & A. Rodríguez (Eds), *Patios abiertos y patios cerrados: Psicología cultural de las organizaciones*. México: Alfaomega. 93 – 117. En red.

GEMIO, N. C. (2012). *Tesis de grado: estrés, autovaloración y alteraciones emocionales en relación al afrontamiento en el proceso adaptativo al ambiente de reclusión en mujeres internas en el Centro Penitenciario Femenino de Alta Seguridad “Miraflores” en la ciudad de La Paz*. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Carrera de Psicología.

GEMPP, R. y AVENDAÑO, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 39-58. Chile. En red.

GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L. y cols. (2002). *SCL-90-R Cuestionario de 90 Síntomas (Adaptación española)*. Madrid, España: TEA Ediciones, S. A.

HERNÁNDEZ, S. R., FERNÁNDEZ, C. C. y BAPTISTA, L. P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill.

LEQUEPI, M. J. (2016). *Tesis de grado: alteraciones neuropsicológicas y trastornos de personalidad en situación de reclusión penitenciaria*. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Carrera de Psicología.

LEQUEPI, M. J. (2020). *Tesis de Grado Maestría: Riesgo de reincidencia y perfil criminal psicosocial*. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Carrera de Psicología, Unidad de Posgrado.

LEY N° 1970 CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL DE 1999. (1999, 25 de marzo). República de Bolivia.

LEY N° 1768 CÓDIGO PENAL DE 1997. (1997, 10 de marzo). República de Bolivia.

LÓPEZ, R., LAFUENTE, O. y GARCÍA, J. L. (2007). *Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, España. En red.

MANZANOS, C. (1992). *El sistema de dominación carcelaria y sus efectos desocializadores contribución crítica e investigación aplicada a la sociedad vasca*. España: Gakoa. En red.

MINSALUD. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. En red.

MOJICA, C. SÁENZ, D. y REY, C. (2009). *Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano*. Rev. Colombiana de Psiquiatría, Colombia. En red.

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO. (2011). *Manual sobre reclusos con necesidades especiales*. Panamá. En red.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS, 2013). *Salud mental: un estado de bienestar, 2007*. En red.

QUINTERO-CÁRDENAS, C. J., et al. (2014). *Sintomatología psicológica en población reclusa del establecimiento carcelario de Bogotá*. Bogotá, Colombia: Universidad Inca de Colombia. En red.

RAMOS, L. FRANZ. (2017). *Tesis de grado: trastorno de personalidad psicopática y estructura afectivo emocional en reclusos por delito de asesinato del Centro Penitenciario San Pedro de la ciudad de La Paz*. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Carrera de Psicología

RUIZ, J., GÓMEZ, I., LANDAZÁBAL, M., MORALES, S., SÁNCHEZ, V. y PÁEZ, D. (2002). *Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: Un estudio exploratorio en cinco centros penales en Bogotá*. Rev. Colombiana de Psiquiatría, Colombia. En red.

RUIZ, J. I. (2007). *Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario*. Bogotá, Colombia: Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. En red.

SARASON. (1996). *Psicología anormal*. México: Prentice. Séptima edición.

SORIA, M. A. y SÁIZ, D. (2005). *Psicología criminal*. Madrid, España: PEARSON Prentice Hall.

URIBE, A., MARTÍNEZ, J. y LÓPEZ, K. (2012). *Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al “programa de inducción al tratamiento penitenciario” en Bucaramanga, Colombia*. Rev. Criminalidad. En red.

ANEXOS

1. Inventario de Síntomas SCL-90-R
2. Escala de Adaptación Aplicado a Situación Penitenciaria (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011)
3. Cuestionario de Datos Complementarios
4. Consentimiento Informado

Anexo 1.

INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R

Nombres y apellidos: _____
Sexo: Varón___ Mujer___ Edad: _____ Fecha: _____
Procedencia: _____ Entrevistador: _____

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SINTOMA

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

RODEE CON UN CIRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nervios o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Perdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4

14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temerosa	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Nauseas o malestar en el estomago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4

42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46	Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incomodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertar de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbador	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4

70	Sentirse incomodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo tiene un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incomodo comiendo o bebiendo en publico	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque este con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en publico	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de Ud. si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4

Anexo 2.

ESCALA DE ADAPTACIÓN A SITUACIÓN PENITENCIARIA (E.A.A.S.P.-V3-RCJ-2011)

Está diseñada para ayudarnos a tener una mayor comprensión sobre la forma de adaptación dentro del ambiente de reclusión. Por favor, indique su opinión sobre cada una de las frases escritas y el número apropiado en la casilla de la derecha en base a la siguiente escala.

NUNCA = 1
ALGUNAS VECES = 2
FRECUENTEMENTE = 3
SIEMPRE = 4

1	Reconozco con facilidad mis emociones y las manejo frente a situaciones de cambio	
2	Aprovecho las oportunidades para beneficios personales	
3	Cumplo mis objetivos a pesar de los obstáculos que se me presentan	
4	Cumplo con actividades que planifico para alcanzar mis objetivos	
5	Promuevo cambios en mi entorno de forma que la nueva tarea no me resulte complicada	
6	No tengo dificultad en iniciar actividades nuevas	
7	Me relaciono rápidamente con nuevas personas en ambientes desconocidos	
8	Habitualmente busco actividades en las que pueda valerme por mí misma para evitar conflictos con otras personas	
9	Respeto el punto de vista de los demás. Aunque no esté de acuerdo	
10	Considero el cambio como una oportunidad en lugar de un obstáculo	
11	Respeto la decisión de otra persona a pesar de ir en contra de la mía	
12	Soy abierta ante los consejos de la familia y amigos	

13	Evito emitir comentarios, criticas o calificativos hacia personas con las que no mantengo buena relación	
14	Ante circunstancia conflictivas o problemas pienso en varias alternativas de solución	
15	Formulo soluciones a conflictos	
16	Teniendo preferentemente a seleccionar amistades con mucho cuidado	
17	Reacciono con enojo en relación a cambios rápidos a mi entorno	
18	Puedo adaptarme a situaciones nuevas	
19	Ante conflictos nuevos se me ocurre muchas respuestas	
20	No me afecta el no cumplir mis objetivos	
21	Construyo mis metas y expectativas considerando posibles cambios en el transcurso de la ejecución de las mismas	
22	Me responsabilizo por mis actos y las consecuencias de los mismos	
23	Considero que tengo capacidad suficiente para cambiar rutinas y costumbres en la circunstancia que me la exigen	
24	Descubro nuevas oportunidades en la que los demás consideran como obstáculo	
25	Evito hacer la tarea que se me asigna	
26	Prefiero cumplir con mis obligaciones habituales por costumbre, que modificarlos y ocasionar problemas	
27	Tengo un plan rígido para resolver cualquier problema	

28	Cambio de actividades sin ponerme irritable	
29	Percibo el ambiente de reclusión como hostil	
30	La privación de libertad no provoca en mi un desinterés	
31	Considero que los horarios establecidos son favorables	
32	Me habituó a la actividad diaria	
33	Percibo adecuadamente a mis compañeras	
34	Percibo tener ayuda dentro la prisión	
35	La pérdida de libertad no afecta mi relación familiar	
36	Percibo que la acogida a la prisión fue favorable	
37	Considero que tome mucho tiempo en la adaptación del lugar	
38	Me siento capaz de adaptarme a las exigencias del lugar	
39	Formulo nuevas metas en mi vida a pesar que me encuentro con privación de libertad	
40	Considero que los trabajos de los reclusos son adecuados	
41	Percibo que la alimentación es adecuada	
42	Considero que la visita conyugal es importante	

43	Creo pasar el tiempo necesario con mis hijos	
44	Aprecio que los horarios de visita son adecuados	
45	Me siento libre de escoger las actividades de desarrollo	
46	Pienso que los trabajos que desarrolla son adecuados	
47	Siento a realizar actividades recreativas conformes	
48	Me siento protegido dentro de la prisión	
49	Considero recibir atención médica eficiente	
50	Siento recibir apoyo psicológico cuando lo requiero	
51	Intento mantener una relación favorable con las autoridades penitenciarias	
52	Cumplo mis expectativas en relación a la educación, considerando los cambios	
53	Considero que los ingresos generados dentro la prisión son suficientes	
54	Pienso que el material de aseo dentro de la prisión es suficiente	
55	Siento que el acceso a los servicios básicos es conveniente	
56	Percibo que el acceso a los servicios higiénicos es adecuado	

Anexo 3.

CUESTIONARIO DE DATOS COMPLEMENTARIOS

(Lequepi, M. J., 2016)

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Nombre/s y Apellidos: _____ Fecha: _____

1.- Edad _____ años

a) Jóvenes _____ b) Adultos _____ c) Adultos mayores _____

2.- Lugar de nacimiento

a) Urbana _____ b) Rural _____ c) Otro _____

3.- Lugar de residencia (Anterior a su situación actual)

a) Urbana _____ b) Rural _____ c) Otro _____

4.- Estado civil

a) Casado _____ b) Soltero _____ c) Divorciado _____ d) Viudo _____ e) Concubinado _____

f) Otro _____

5.- Estatus o nivel económico social

a) Alto _____ b) Medio _____ c) Bajo _____

6.- Religión

a) Católico _____ b) Protestante _____ c) Ateo _____ d) Otro _____

7.- Nivel de educación

a) Ninguno _____ b) Primaria _____ c) Secundaria _____ d) Superior _____

8.- Ocupación (Anterior a su situación actual)

a) Desocupado_____ b) Comerciante_____ c) Estudiante_____ d) Obrero_____

e) Otro_____

9.- Nacionalidad

a) Nacional_____ b) Extranjero_____

II. ANTECEDENTES PENALES

1.- Delito/s de reclusión actual ¿Por qué delito/s esta privada de libertad?

R: _____

2.- Situación jurídica

a) Con sentencia_____ b) Con sentencia ejecutoriada_____

3.- Tiempo de reclusión

a) Menor a un año_____ b) De un año a dos_____ c) De dos años a tres_____ d) De tres años a cuatro_____ e) Más de cuatro años_____

4.- Causa/s del delito/s cometido/s ¿Cuál/es de estas causas le llevo a cometer el delito/s?

a) Económica_____ b) Reacción emocional_____ c) Pasional_____ d) Venganza_____

e) Otros_____

5.- Reincidencia

a) Si_____ b) No_____

6.- Delitos anteriores

a) Delito/s _____

Preventivo _____ Con sentencia _____ Con sentencia ejecutoriada _____

Menor a un año _____ De un año a dos _____ De dos años a tres _____ De tres años a cuatro _____

Más de cuatro años _____

b) Delito/s _____

Preventivo _____ Con sentencia _____ Con sentencia ejecutoriada _____

Menor a un año _____ De un año a dos _____ De dos años a tres _____ De tres años a cuatro _____

Más de cuatro años _____

c) Delito/s _____

Preventivo _____ Con sentencia _____ Con sentencia ejecutoriada _____

Menor a un año _____ De un año a dos _____ De dos años a tres _____ De tres años a cuatro _____

Más de cuatro años _____

d) Delito/s _____

Preventivo _____ Con sentencia _____ Con sentencia ejecutoriada _____

Menor a un año _____ De un año a dos _____ De dos años a tres _____ De tres años a cuatro _____

Más de cuatro años _____

e) Delito/s _____

Preventivo _____ Con sentencia _____ Con sentencia ejecutoriada _____

Menor a un año _____ De un año a dos _____ De dos años a tres _____ De tres años a cuatro _____

Más de cuatro años _____

Anexo 4.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
JURIDICO-FORENSE (INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA)**

(Lequepi, M. J., 2020)

INSTRUCCIONES: Llene con letra imprenta las líneas en blanco y marque con una “X” dentro de los paréntesis de acuerdo a su decisión.

Lugar y Fecha: La Paz, _____ de _____ 20_____

Yo _____ con C.I. N° _____

Declaro que he sido informado por la evaluadora sobre los objetivos, instrumentos y técnicas, procedimientos y la confidencialidad de la evaluación psicológica jurídico-forense (investigación científica). Así mismo, se me ha dado a conocer el derecho que tengo a no aceptar participar en esta evaluación psicológica jurídico-forense.

Por lo tanto,

1. Declaro que SI () NO () estoy totalmente de acuerdo en participar en la presente evaluación psicológica jurídico-forense (investigación científica) y que los resultados de la misma sean utilizados para los objetivos que tiene la misma. Esta decisión, la tomo de manera libre y voluntaria.
2. Por lo cual SI () NO () asumo el compromiso a participar en la presente evaluación psicológica jurídico-forense (investigación científica) de manera responsable y disciplinada. Así mismo, de cumplir las instrucciones que la evaluadora me indique para esta evaluación.

Firma y Nombre/s Apellido/s del evaluado Firma y Nombre/s Apellido/s del evaluador