

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BIOLÓGICA Y DE LA SALUD



**EL BIENESTAR PSICOLÓGICO  
EN PRISIÓN:  
ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS**

**TESIS DOCTORAL**

Autora: Zulema Altamirano Argudo

Directores: Bernardo Moreno Jiménez  
Fernando González Rey

Madrid, 4 de Marzo de 2013

*A Carlos, mi gran amor, mi compañero de viaje. Todo para mí.  
A mis dos soles, Nazan y Leo. La luz de mi vida.  
A mis padres, siempre a mi lado. Les quiero mucho.*

**Herrera de la Mancha, Septiembre de 2011**

*“Un profundo y eterno agradecimiento a doña Zulema que creyó en mi, que no me mintió y me dio la oportunidad de demostrarle quien soy”.*

*Interno CP.Herrera*

*“Sra. Zulema, su profesionalidad y entrega hacia nosotros, los reclusos queda fuera de toda duda. Me ha ayudado a saber analizar lo positivo que ha sido el ingreso en prisión para mi futuro; mi paz psicológica al llegar a este centro se debe principalmente a usted. La diferencia es abismal, los resultados sobre mi persona alucinantes”*

*Interno CP.Herrera*

*“...saber que hay personas que llevan su trabajo con dedicación y hacen de su vocación su profesión, que se preocupan por los internos e intentan ayudar y nos dan la oportunidad de cambiar. Gracias de todo corazón, Srta.Zulema”*

*Interno CP.Herrera*

**Madrid, Marzo de 2013**

## **AGRADECIMIENTOS**

---

Mis primeras palabras de agradecimiento, como no puede ser de otra manera, son para Carlos. Sin su ayuda este proyecto no se habría iniciado y, por supuesto, no habría conseguido finalizarlo. Gracias por sus ánimos, por su paciencia, por su capacidad de aguante en los momentos más difíciles, por encargarse de nuestros hijos y por su incondicional amor. Sin su apoyo, sin duda, este reto personal no habría sido posible. Gracias, mi amor. Y gracias porque a tu lado, sigo creciendo cada día.

Agradecer a mis hijos el tiempo robado, las horas que no he podido dedicarles estos últimos meses por hacer este sueño realidad. Ahora es momento de compensarles por ello. Gracias a los dos porque su sonrisa y sus besos han estado siempre ahí como respuesta a mi esfuerzo, y para darme fuerzas y no abandonar en el camino. Gracias a mis pequeños, os quiero con locura.

Agradecer de corazón a mis padres, a mi hermano y a Mónica, que han seguido de cerca la ilusión y el empeño que he puesto en este proyecto. A mi familia, gracias, porque os debo todo lo que soy.

Y en el transitar de este proyecto, desde sus inicios, son muchas las personas que han tenido ocasión de cruzarse en mi camino y formar parte de él. Es momento de dedicarles unas palabras de agradecimiento.

En primer lugar a mis directores de tesis, a Bernardo y Fernando, excelentes en lo profesional y todavía mejores en lo personal.

A Bernardo, mi tutor en la cercanía y mi guía. Quien me ha ayudado a no perderme en el transcurrir de esta hazaña. Su confianza y su serenidad, sus conocimientos y sus acertados consejos han sido claves para mí. El ha conseguido que disfrutara en el desarrollo de esta tesis y que la sintiera mía. Es él quien me ha servido como punto de apoyo para no desanimarme, sacar fuerzas y lograr llegar hasta aquí. Saber que creía en mi trabajo ha sido para mí fundamental. Gracias de todo corazón.

A Fernando, mi tutor en la distancia. Quien hace unos años se cruzó en mi vida, y supo mostrarme una forma diferente de mirar al mundo. Con ello encendió una luz y avivó una inquietud que es la que ha dado sentido a mi proyecto de tesis. A pesar de la distancia, del tiempo y de los obstáculos, ha seguido conmigo en esta meta, ha creído en ello y ha sabido aportarte y enseñarme mucho. Gracias y más gracias.

A Sandra, compañera de trabajo y gran amiga. Fue quien me animó a que retomara el doctorado, me acompañó durante nuestro proyecto de D.E.A., y me ayudó a resolver dudas y dificultades. Y con quien espero seguir compartiendo muchas inquietudes profesionales y personales. Gracias, amiga.

A Guadalupe, directora del C.P.Herrera de la Mancha, una gran profesional y amiga. Gracias por facilitarme el trabajo y la investigación en Herrera y por tu interés en mi proyecto.

A Ana, Trabajadora Social del Centro Penitenciario de Herrera, que supo escucharme y quiso compartir mi ilusión y mi día a día durante el trabajo en Herrera. Echo de menos nuestras charlas, amiga.

A Rocío, Irene, Teresa, Lola y Susana, mis compañeras psicólogas del C.P. Madrid V. Gracias, chicas, por haberme acompañado y ayudado en esta última etapa.

Y a los demás amigos y compañeros de prisiones, que en uno otro momento me han dado ánimos y me han aconsejado y ayudado en este trabajo, y son, por tanto, parte de él. A Marta, Pablo, Zoraida, Elena, Demelsa, Amparo, Cándido, Jesús A., Ana, Esther, Jesús, Juani, Juan Carlos, Javi...y demás amigos de los C.P. de Topas y Valdemoro, Madrid V y de S.S.C.C.

Unas palabras muy especiales para Pepe, mi mentor penitenciario, que con sus consejos y advertencias ha sabido hacer de mí una buena profesional y una mejor psicóloga penitenciaria. Qué bien me conoce y cuanto he aprendido de él. Con todo mi cariño, gracias.

Y en el terreno de las amistades alejadas de prisiones, decir que para mí ha sido muy importante el cariño, el apoyo y los ánimos recibidos de todos los que me quieren.

Gracias a Silvia y Manuel, mis *coaches*, que saben aconsejarme bien y guiarme siempre que acudo a ellos. Han pasado los años, siguen ahí y siguen apostado por mí. Ellos sabían mucho antes que yo que lo conseguiría. Qué suerte teneros.

A mis grandes amigas: Patricia y Begoña, siempre a mi lado. Gracias por creer en mi capacidad y mi voluntad cuando yo dudaba. Y gracias por todo lo demás, que es mucho. Raquel y Nadia, siempre cerca. Gracias por vuestros ánimos, por conocerme tan bien y saber qué decirme cuando os necesito. Y gracias por pensarme siempre. Os quiero, chicas.

Me dejo por mencionar a otros tantos amigos, que me han hecho reír cuando más falta me hacía, me han ayudado a desconectar, me han recordado que sí podía, y me han escuchado atentamente, aunque no entendieran de qué les hablaba, cuando les contaba mi tesis. Gracias a ellos, a Sara, a Iván, María, Jose, Patricia, Loly, a Lola y Jorge, y a los “Argudo”.

Todos han sabido de la ilusión y el esfuerzo que hay detrás de estas hojas, y de las dificultades y contratiempos que esconden estas frases. Todos han hecho por entenderme y animarme, han sabido darme fuerzas y apoyarme. Gracias a todos por convencerme de que lo conseguiría.

Y por último, agradecer a los internos del Centro Penitenciario de Herrera de la Mancha su colaboración en este trabajo. Gracias a ellos por haber confiado en mí, y haber compartido conmigo su pasado y su presente. Ellos son los verdaderos protagonistas de esta tesis.

## INDICE DE CONTENIDOS

---

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <b>PRESENTACIÓN</b> ..... | 10 |
|---------------------------|----|

### **MARCO TEORICO**

|   |    |
|---|----|
| 1. BREVE RESEÑA SOBRE EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.....             | 14 |
| a. Introducción.....  | 14 |
| b. Marco jurídico.....  | 14 |
| c. La población penitenciaria en cifras.....                            | 16 |
| d. Los establecimientos penitenciarios.....                             | 17 |
| e. El personal penitenciario.....                                       | 18 |
| f. El sistema de clasificación.....                                     | 19 |
| g. El tratamiento penitenciario.....                                    | 20 |
| ▣ Principales programas de tratamiento en la actualidad.....            | 23 |
| ▣ Efectividad de los programas de tratamiento.....                      | 25 |
| 2. LA PSICOLOGÍA PENITENCIARIA.....                                     | 28 |
| a. Introducción.....  | 28 |
| b. Referencia histórica sobre el papel del psicólogo penitenciario..... | 32 |
| c. Las funciones del psicólogo penitenciario en la actualidad.....      | 33 |
| ▣ La evaluación psicológica.....  | 34 |
| ▣ La intervención psicoterapéutica.....                                 | 36 |
| d. Algunas reflexiones finales.....                                     | 37 |
| 3. LA PSICOLOGÍA POSITIVA.....  | 39 |
| a. Introducción.....  | 39 |
| b. Antecedentes de la psicología positiva.....                          | 40 |
| c. La psicología positiva en la actualidad.....                         | 43 |
| ▣ Los rasgos personales positivos.....                                  | 44 |
| ▣ Las emociones positivas.....  | 45 |
| ▣ Las instituciones positivas.....                                      | 47 |
| d. Intervención terapéutica desde una perspectiva positiva.....         | 48 |
| e. La psicología positiva en el medio penitenciario.....                | 50 |
| ▣ Evaluación positiva en prisión.....                                   | 51 |
| ▣ Intervención positiva en prisión.....                                 | 51 |
| 4. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO.....  | 53 |
| a. Introducción.....  | 55 |
| b. Evolución histórica en el estudio del bienestar.....                 | 55 |
| ▣ Perspectiva hedónica.....   | 57 |
| ▣ Perspectiva eudaimónica.....  | 57 |
| c. El bienestar como funcionamiento psicológico positivo.....           | 60 |
| d. Relación entre bienestar psicológico y salud.....                    | 62 |
| ▣ Bienestar psicológico y salud física.....                             | 63 |
| ▣ Bienestar psicológico y salud mental.....                             | 65 |
| e. Modelos de Bienestar Psicológico.....                                | 70 |
| ▣ Modelo de Salud Positiva de Jahoda.....                               | 71 |
| ▣ Teoría de la autodeterminación de Ryan y Deci.....                    | 72 |
| ▣ Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico de Ryff.....         | 73 |
| ▣ Modelo de las Tres Vías de Seligman.....                              | 74 |
| ▣ Modelo de Bienestar y Salud Mental de Keyes.....                      | 74 |
| ▣ Modelo pragmático de Linley, Joseph, Harrington y Wood.....           | 75 |

|  |     |
|--|-----|
| 5. EL MODELO MULTIDIMENSIONAL DE BIENESTAR PSICOLÓGICO.....                            | 76  |
| a. Introducción.....   | 76  |
| b. Dimensiones del bienestar psicológico.....  | 76  |
| c. Evaluación del bienestar psicológico.....   | 81  |
| d. Variables relacionadas con el bienestar psicológico.....                            | 82  |
| e. Críticas y propuestas al modelo de Ryff.....  | 83  |
| 6. EL MEDIO PENITENCIARIO.....   | 85  |
| 6.1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN RECLUSA.....                          | 85  |
| a. Introducción.....   | 87  |
| a. Exposición a eventos traumáticos antes de ingresar en prisión.....                  | 88  |
| ▣ Frecuencia de exposición a eventos vitales y trastorno de estrés postraumático ..... | 88  |
| ▣ Eventos traumáticos y conductas violentas o desadaptadas.....                        | 92  |
| b. La dependencia a drogas y alcohol.....  | 93  |
| ▣ Frecuencias de consumo de drogas entre la población reclusa.....                     | 93  |
| ▣ Consumo de drogas y psicopatologías.....   | 96  |
| c. Problemas de salud mental.....  | 97  |
| ▣ Trastornos de Personalidad.....  | 99  |
| ▣ Trastorno de Estrés Postraumático.....   | 100 |
| d. Algunas conclusiones finales.....   | 100 |
| 6.2. EL ESTRÉS EN PRISIÓN.....   | 102 |
| a. El concepto de estrés.....  | 103 |
| b. Consecuencias del estrés sobre la salud.....  | 105 |
| c. La prisión como fuente de estrés.....   | 106 |
| 6.3. EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA PRISIÓN.....  | 108 |
| a. La prisionización.....  | 108 |
| b. El código del recluso.....  | 110 |
| c. Principales efectos de la prisionización.....                                       | 112 |
| 6.4. CONSECUENCIAS DE LA ESTANCIA EN PRISIÓN.....                                      | 114 |
| 7. MODELO DE ESTRÉS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN PRISIÓN.....                            | 118 |
| 7.1. DESCRIPCIÓN GENERAL.....  | 118 |
| a. El Modelo de Demandas y Recursos Laborales (JD-R).....                              | 119 |
| b. Adecuación del modelo JD-R al ámbito penitenciario.....                             | 121 |
| c. El Modelo de Estrés y Bienestar Psicológico en Prisión.....                         | 125 |
| ▣ Antecedentes: demandas y recursos.....   | 126 |
| ▣ El bienestar psicológico en prisión.....   | 130 |
| ▣ Relación entre antecedentes y consecuencias.....                                     | 130 |
| ▣ Consecuencias .....  | 131 |
| 7.2. DEMANDAS O ESTRESORES.....  | 134 |
| a. Estresores penales y penitenciarios.....  | 135 |
| b. Estresores vitales pasados y presentes.....   | 137 |
| c. Las molestias diarias en prisión.....   | 140 |
| 7.3. RECURSOS.....   | 142 |

|      |   |     |
|------|---|-----|
| a.   | Recursos externos.....                            | 143 |
|      | Recursos penitenciarios.....                      | 143 |
|      | El apoyo social.....                              | 146 |
| b.   | Recursos personales.....                          | 152 |
|      | Recursos psicológicos.....                        | 152 |
|      | Estrategias de afrontamiento.....                 | 155 |
|      | Creencias sobre el mundo.....                     | 163 |
| 7.4. | CONSECUENCIAS.....                                | 165 |
| a.   | Sobre el estado de salud mental.....              | 165 |
|      | Trastornos de salud mental.....                   | 166 |
|      | Trastornos adictivos.....                         | 167 |
| b.   | Sobre las conductas desadaptadas o de riesgo..... | 169 |
|      | La conducta agresiva.....                         | 169 |
|      | El riesgo de suicidio.....                        | 175 |

## **INVESTIGACIÓN EMPIRICA**

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| <i>I.</i> | <i>CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS</i> .....                          | 184 |
| 1.        | OBJETIVO GENERAL.....   | 185 |
| 2.        | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 185 |
| 3.        | HIPÓTESIS.....  | 187 |
| 4.        | DISEÑO Y PROCEDIMIENTO.....   | 202 |
| 5.        | MUESTRA.....  | 203 |
| 6.        | INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....                                     | 217 |
| 6.1.      | INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CUANTITATIVOS.....                       | 219 |
| a.        | Versión reducida de la Escala de Bienestar Psicológico .....        | 219 |
| b.        | Adaptación de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes..... | 221 |
| c.        | Cuestionario de Molestias en Prisión.....                           | 223 |
| d.        | Versión reducida de la Escala de Estrés Percibido.....              | 224 |
| e.        | Escalas de Apoyo Social.....  | 225 |
| f.        | Adaptación del Inventario de Recursos Psicológicos.....             | 227 |
| g.        | Versión reducida de la Escala de Estilos de Afrontamiento.....      | 229 |
| h.        | Escala de Creencias sobre el Mundo.....                             | 231 |
| i.        | Inventario Breve de Síntomas.....                                   | 232 |
| j.        | Inventario de Quejas de Salud Subjetiva.....                        | 236 |
| k.        | Versión reducida del Cuestionario de Agresividad.....               | 236 |
| l.        | Escala de Riesgo de Suicidio.....                                   | 237 |
| m.        | Adaptación del Cuestionario de Evaluación IPDE.....                 | 238 |
| n.        | Cuestionario de información general.....                            | 239 |
| 6.2.      | INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CUALITATIVOS.....                        | 241 |
| a.        | Frasas incompletas.....   | 241 |
| b.        | Historias de vida.....  | 243 |



|   |     |
|---|-----|
| II. RESULTADOS  | 245 |
| 7. RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO   | 246 |
| 7.1. CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS: Desarrollo del <i>Cuestionario De Molestias En Prisión</i> y adaptación de la <i>Escala De Acontecimientos Vitales</i> en el medio penitenciario..... | 248 |
| a. Cuestinario de Molestias en Prisión.....   | 248 |
| ■ Análisis Factorial Exploratorio.....  | 248 |
| ■ Análisis de Fiabilidad.....   | 250 |
| ■ Análisis de correlaciones.....  | 251 |
| b. Escala de Acontecimientos Vitales adaptada.....  | 252 |
| ■ Análisis Factorial Exploratorio.....  | 252 |
| ■ Análisis de Fiabilidad.....   | 257 |
| ■ Análisis de correlaciones .....   | 258 |
| 7.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES.....   | 259 |
| a. El bienestar psicológico.....  | 259 |
| b. Trastornos de personalidad.....  | 260 |
| c. Variables antecedentes del bienestar psicológico: demandas y recursos.....   | 262 |
| d. Consecuencias del bienestar psicológico sobre la salud mental y las conductas desadaptadas.....  | 265 |
| 7.3. ANÁLISIS DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES OBJETOS DE ESTUDIO.....  | 268 |
| a. Correlaciones internas de las subescalas de los cuestionarios utilizados.....  | 269 |
| b. Correlaciones entre las variables sociodemográficas, trastornos de personalidad y variables antecedentes con el bienestar psicológico .....  | 274 |
| c. Correlaciones entre el bienestar psicológico y sus consecuencias.....  | 281 |
| 7.4. ANÁLISIS DE VARIANZA MULTIVARIANTE.....  | 285 |
| a. Manova entre las variables sociodemográficas y trastornos de personalidad y el bienestar psicológico.....  | 286 |
| b. Manova entre las variables penales y penitenciarias y el bienestar psicológico...  | 291 |
| 7.5. ANÁLISIS DE REGRESIÓN.....   | 295 |
| a. Analisis de regresion del bienestar psicológico como variable criterio.....  | 295 |
| b. Análisis de regresión de las consecuencias sobre la salud mental y conductas desadaptativas como variables criterio.....   | 306 |
| 8. RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO.....   | 320 |
| 8.1. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO: ANALISIS DEL CUESTIONARIO DE FRASES INCOMPLETAS.....   | 320 |
| a. Análisis cualitativo segun las dimensiones del bienestar psicológico.....  | 321 |
| ■ Autoaceptación.....   | 321 |
| ■ Relaciones positivas.....   | 327 |
| ■ Autonomía.....  | 332 |
| ■ Domino del entorno.....   | 333 |
| ■ Propósito en la vida.....   | 339 |
| ■ Crecimiento personal.....   | 343 |

|      |  |     |
|------|--|-----|
| b.   | Análisis comparativo entre los internos con niveles alto y bajo de bienestar psicológico.....      | 345 |
|      | ■ Internos con un bajo nivel de bienestar psicológico.....   | 345 |
|      | ■ Internos con un alto nivel de bienestar psicológico.....   | 348 |
| 8.2. | ESTRESORES VITALES EN EL PASADO: ANALISIS DE HISTORIAS DE VIDA.....                                | 350 |
| a.   | Análisis de los eventos positivos y negativos en las historias de vida.....                        | 351 |
|      | ■ Etapa 1: Infancia y preadolescencia.....   | 351 |
|      | ■ Etapa 2: Adolescencia e inicio de la edad adulta.....  | 368 |
| b.   | Análisis de historias de vida en los internos con peor y mejor nivel de bienestar psicológico..... | 375 |
|      | ■ Internos con un bajo nivel de bienestar psicológico.....   | 375 |
|      | ■ Internos con un alto nivel de bienestar psicológico.....   | 378 |
| 9.   | DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....   | 381 |
| 10.  | CONCLUSIONES AL TRABAJO PRESENTADO.....  | 409 |
| a.   | Conclusiones generales.....  | 410 |
| b.   | Limitaciones al estudio.....   | 415 |
| 11.  | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 418 |
| 12.  | APENDICES.....   | 473 |

## PRESENTACIÓN

---

*“La prisión es una consecuencia derivada de mi mal comportamiento, y por lo tanto un castigo merecido. Sin embargo, es innegable por propia experiencia y por lo que he observado a mi alrededor que la cárcel empeora y endurece la personalidad de las personas y hunde el estado anímico de cualquiera (en mayor o menor medida dependiendo de cada sujeto)”.*

*Interno CP.Herrera*

El desarrollo de esta tesis ha sido para mí un reto personal que he perseguido desde que me licencié, hace ya unos cuantos años, y que conlleva la innegable satisfacción de conseguir el grado de Doctor en Psicología. Pero muy unido a ello, esta tesis ha adquirido, desde sus comienzos, un sentido muy particular, derivado del modo y contexto en que se ha llevado a cabo.

Y es que, en los seis años que llevo trabajando como psicóloga de instituciones penitenciarias me han ido surgiendo diferentes preguntas al observar la curiosa relación que se establece entre la persona que llega a prisión y el propio medio penitenciario. Llama la atención ver, en el trabajo diario, cómo los reclusos viven la cárcel como si de una realidad paralela se tratase, olvidándose casi por completo del mundo que existe más allá de sus paredes. En la prisión las relaciones, las interacciones y los procesos psicológicos que se producen son muy distintos a lo esperado fuera; además, el efecto que tiene el encarcelamiento es muy diferente sobre unos y otros, puede ser beneficioso para algunos internos y en otros casos, extremadamente nocivo. Son estas observaciones las que han servido como cimiento para mi tesis.

Precisamente el efecto de la reclusión sobre el interno escapa al cometido diario del psicólogo de prisiones. Nosotros los psicólogos que trabajamos aquí evaluamos a los reclusos en relación con su delito, sus carencias y con su futura reincidencia; e intervenimos para enmendar estas carencias, y conseguir que el que es maltratador deje de maltratar, el agresor sexual no reincida, el drogodependiente se mantenga abstinentes, y en definitiva, para que el delincuente deje de serlo. Sin embargo, poco sabemos y poco hacemos los psicólogos de prisiones en relación con dos aspectos que, en mi experiencia, creo muy importantes:

- a) El modo en que la estancia en prisión afecta al interno, y relacionado con ello, los factores de vulnerabilidad y de protección que facilitan o moderan su impacto.
- b) El papel del interno, como sujeto activo, en dicho proceso, y especialmente, el de

sus fortalezas y sus rasgos positivos a la hora de hacer frente a su situación.

Son éstas las dos cuestiones clave que he intentado explorar a través del estudio desarrollado en esta tesis. Y lo he querido hacer dando la palabra a quienes la tienen, los reclusos. Les he escuchado y les he ofrecido la oportunidad de compartir conmigo, a través de esta investigación, cómo son, también en sus fortalezas; cómo se sienten, incluido su bienestar; cómo viven ellos la cárcel, y el lugar que esta experiencia ocupa en sus vidas. Es por esto que se ha incluido una parte en este trabajo que recoge y analiza la información facilitada por los participantes desde una perspectiva cualitativa, en un deseo de complementar y enriquecer los análisis cuantitativos.

Partiendo de todo ello, el objetivo principal del trabajo aquí expuesto ha sido explorar el nivel de bienestar psicológico de la población penitenciaria, entendido éste desde una perspectiva eudaimónica, como funcionamiento psicológico óptimo, a partir del Modelo Multidimensional de Carol Ryff. Se han tenido en cuenta diferencias en función de variables sociodemográficas y de los trastornos de personalidad más comunes en prisión. También se ha analizado la relación del constructo de bienestar psicológico con determinados factores antecedentes -estresores y recursos- relacionados con el proceso de estrés que experimenta el interno en prisión. Y por último, se han querido incluir diferentes consecuencias susceptibles de verse afectadas por el estrés prolongado experimentado en prisión y amortiguadas, tal vez, por el bienestar psicológico del interno.

Dada la ausencia de desarrollos teóricos específicos en torno al bienestar psicológico en prisión, se ha hecho una revisión teórica de los diferentes conceptos que se han querido poner en relación para, a continuación, hacer una propuesta de un modelo teórico que sirva de punto de partida a la hora de explorar el nivel de bienestar psicológico de la población reclusa y su asociación con el estrés en prisión y con las diferentes variables mencionadas.

Dicho esto, señalar que el trabajo presentado a continuación se divide en dos partes. La primera parte de la tesis se dedica al encuadre teórico de la investigación. Así, las páginas iniciales recogen una breve reseña sobre el sistema penitenciario español y el trabajo que realiza el psicólogo de instituciones penitenciarias. Seguidamente se exponen dos bloques teóricos diferenciados. El primero dedicado a la psicología positiva y al constructo de bienestar psicológico. El segundo, dirigido al medio penitenciario y en el que se detallan las

principales características de la población penitenciaria, y del proceso de estrés y de adaptación a la prisión. A continuación, se propone un modelo teórico como punto de partida para realizar la investigación.

En un segundo momento de la tesis se recogen las cuestiones metodológicas, dedicando una parte importante a las características y circunstancias de la muestra de participantes. Y a continuación, los resultados, con dos apartados: uno de análisis cuantitativo, en el que se comentan los diferentes análisis estadísticos realizado para el contraste de hipótesis y para poner a prueba el modelo teórico propuesto; y otro apartado relacionado con el análisis cualitativo, en el que se han explorado aspectos subjetivos del bienestar psicológico de los reclusos, así como las historias de vida que han narrado los participantes.

Finalmente encontraremos las conclusiones a un trabajo que ha pretendido abrir líneas de investigación a partir de los conceptos explorados, y ser punto de partida en el estudio del medio penitenciario y de los reclusos, desde el marco de la psicología positiva.

## **MARCO TEORICO**

---

## **1. BREVE RESEÑA SOBRE EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL**

---

### **a) Introducción**

El sistema penitenciario español ha experimentado en las últimas décadas un cambio radical de orientación y concepto, paralelo a la evolución de la sociedad española. La Constitución Española de 1978 reconocía un elenco de derecho y libertades fundamentales de los ciudadanos que inspiraron una normativa penitenciaria respetuosa con la personalidad de los internos y con sus derechos e intereses jurídicos no afectados por la condena.

La Constitución Española, en el artículo 25.2, establece que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”. Por tanto nuestra Carta Magna les asigna una doble función: la rehabilitación, que consiste en la función de recuperar a las personas condenadas a fin de evitar la reiteración de hechos delictivos, y la reinserción social del penado, es decir, el deber de facilitar los medios para la integración de los penados en la sociedad de una manera real y efectiva (Clemente, 2011).

Junto a la función de prevención especial, entendida como reeducación y reinserción social de los condenados, la Jurisprudencia y la Doctrina atribuyen a las penas y medidas de privación de libertad una pluralidad de finalidades que están llamadas a cumplir; la advertencia e intimidación que la prevención general demanda, la retribución por el delito cometido y la proporcionalidad de las penas que el sentido más elemental de justicia requiere.

### **b) Marco jurídico**

A escala internacional nuestra legislación penitenciaria recoge y hace suyas las recomendaciones establecidas por la Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948, las Normas Penitenciarias Europeas (última revisión en el año 2006), las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de la ONU 1955, los Pactos Internacionales sobre derechos civiles y políticos 1966, la Declaración sobre protección contra la tortura y otras penas o tratos crueles, inhumanos, o degradantes 1984 y la Convención Internacional sobre la eliminación de toda forma de discriminación racial 1965.

A nivel interno el artículo 25.2 de la Constitución Española, la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) aprobada por Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre y su

Reglamento (RP), aprobado por Real Decreto 190/96, de 9 de febrero, constituyen el marco normativo básico del sistema penitenciario español. A partir de este marco legal, la Administración Penitenciaria elabora instrucciones y circulares que desarrollan el articulado recogido en dicha normativa.

La Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, la primera ley de la democracia española, refleja el importante interés por mejorar las condiciones de vida de los reclusos haciendo de la prisión un medio más humano y digno. Así, en la misma línea que la Constitución, establece en su Artículo 1 que: “Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados”.

Al defender la finalidad resocializadora de la pena, la Ley hace evidente que no se considera al penado como un ser eliminado de la sociedad, sino una persona que continúa formando parte de la misma, incluso como miembro activo, si bien sometido a un particular régimen jurídico, motivado por el comportamiento antisocial anterior de aquél y encaminado a preparar su vuelta a la vida libre en las mejores condiciones para ejercitar socialmente su libertad. De aquí se desprende dos consecuencias: la necesidad de que el Derecho, como elemento garantizador, discipline minuciosamente la situación del interno en relación con la sociedad que le sanciona y desea su plena reintegración a la misma, y la necesidad asimismo de contar con la cooperación de las ciencias de la conducta para establecer el tratamiento reformador más apto para la personalidad de cada penado.

El Reglamento Penitenciario que desarrolla la Ley Orgánica General Penitenciaria da forma al cumplimiento de estos fines así como al adecuado funcionamiento y organización de las prisiones españolas.

Este marco jurídico posibilita un cuadro amplio de penas y unas modalidades y formas de cumplimiento flexibles y abiertas para llevar a cabo el modelo de reinserción social contenido en la Constitución.



### c) **La población penitenciaria en cifras\***

La población reclusa en España actualmente es de 69597<sup>1</sup> internos. Hay que decir que desde principios de 2010, nuestra población penitenciaria está descendiendo de un modo sostenido. Este dato apunta a un escenario demográfico de estabilidad y moderado descenso en la población reclusa, después de unos años de fuerte crecimiento en los que se llegó a duplicar el número de reclusos de 1990. Esta crecida se explicó, en parte, por las sucesivas reformas del Código Penal y, en especial, debido al incremento de la penalización de los delitos de violencia de género y de seguridad vial.

Del total de la población reclusa, un 15,5% son presos preventivos, a la espera de juicio, y el resto son penados, con una duración media de condena en torno a los 2 años.

El porcentaje de mujeres es del 7,64%. En los últimos años se ha producido un fuerte incremento de mujeres reclusas. Este hecho se debe al gran número de mujeres extranjeras que cumplen condenas largas por tráfico de estupefacientes. Los países europeos tienen un promedio de población reclusa femenina inferior a España, entre el 4% y el 6%, excepto Portugal, que supera a España con una tasa de casi el 10%.

La población penitenciaria de jóvenes (menores de 21 años) está en torno al 1,3%. Las personas de entre 31 y 40 años representan el grupo mayoritario en las cárceles españolas hasta alcanzar el 31,8%, seguido muy de cerca por el grupo de reclusos entre 41 y 60 años (31,4%). Por su parte, el porcentaje de extranjeros ronda el 33,6%.

En cuanto a la tipología delictiva, el delito más común entre la población reclusa en España es de robos, seguido de los delitos contra la salud pública o tráfico de drogas, violencia de género y homicidios o intentos de homicidio.

Un último dato, muy relevante, es en relación con los problemas de salud mental de este colectivo, y en 2009 un 25,6% de la población penitenciaria había sido diagnosticado con algún tipo de patología psiquiátrica.

---

\* Datos de diciembre de 2012 (Total nacional)

#### d) **Los establecimientos penitenciarios**

La Administración Penitenciaria española esta formada por una red de 68 centros penitenciarios ordinarios, 31 centros de inserción social, 3 unidades de madres, 2 centros psiquiátricos penitenciarios y 14 unidades dependientes. Todos estos centros conforman un mapa penitenciario moderno y funcional, en el que la prisión se constituye como un núcleo urbano autosuficiente.

Los establecimiento penitenciarios están concebidos como entidades arquitectónicas, administrativas y funcionales con organización propia.

- Los **centros penitenciarios** están concebidos arquitectónicamente con una tipología modular que posibilita crear espacios que facilitan la vida diaria en la prisión, y responden a la doble función de lugar de custodia y espacio favorecedor de la rehabilitación. Cada centro está dividido en módulos que facilitan de un lado, la separación interior teniendo en cuenta el sexo, emotividad, edad, antecedentes, estado físico y mental, situación penal y grado de tratamiento, y de otro posibilitan el desarrollo de la vida de los internos e internas, sus relaciones con el exterior y las diversas actividades de tratamiento: enfermería, cocina, salón de actos, talleres, gimnasio, polideportivo, biblioteca, economato, etc.
- Los **centros de inserción social** (CIS en adelante) son establecimientos penitenciarios destinados a los internos que obtengan el tercer grado, en estos centros de régimen abierto se fomenta la responsabilidad y la ausencia de controles rígidos que contradigan la confianza que inspira su funcionamiento (los internos deben permanecer un mínimo de ocho horas y su régimen de salidas lo establece el equipo técnico del centro, tienen la posibilidad de trabajar o estudiar en el exterior). En estos centros también se realiza el seguimiento de penas no privativas libertad (trabajo en beneficio de la comunidad, localización permanente o programas específicos de tratamiento) que se establece en la legislación penal y cuya ejecución se atribuye a los servicios penitenciarios.
- Los **centros psiquiátricos penitenciarios**, son establecimientos dedicados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad de los internos que

han sido declarados exentos de responsabilidad penal pero que por la peligrosidad puesta de manifiesto en la infracción penal que cometieron son internados para su custodia y tratamiento por decisión de los juzgados o tribunales de justicia. La peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica sobre la situación personal del paciente para el debido control judicial.

- Las **unidades dependientes** son pisos o viviendas ordinarias situadas fuera de los centros penitenciarios, integradas en la comunidad y sin ningún signo externo que las identifique, que dependen de un centro penitenciario concreto. En estas unidades residen hombres y mujeres clasificados en tercer grado, Los servicios y prestaciones de carácter formativo, laboral y tratamental que en ellas reciben los internos son gestionados con la colaboración de asociaciones u organismos no penitenciarios. Así tienen esta consideración las unidades de madres, que son instalaciones cuya finalidad es posibilitar la convivencia de los niños de hasta una edad de tres años, que deben ser cuidados por sus madres que cumplen condena, vivan en unas condiciones favorables para su educación, en un ambiente diferente al que supone una prisión tradicional.

Por último, deben mencionarse las unidades extrapenitenciarias que pueden ser centros de deshabitación o de educación especial. Para el cumplimiento de internos clasificados en tercer grado y el desarrollo de un programa específico de tratamiento gestionado por una asociación del exterior, con controles por el Centro Penitenciario y el consentimiento del interno.

#### e) **El personal penitenciario**

Para desarrollar sus funciones, la actual Administración Penitenciaria, denominada Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y dependiente del Ministerio del Interior, es la encargada de gestionar el sistema penitenciario español, y cuenta con una estructura de cuerpos y categorías profesionales, especializadas en áreas tan diversas como son derecho penitenciario, psicología, sociología, pedagogía, medicina, enfermería, trabajo social, vigilancia y custodia, gestión económica y administrativa, dirección productiva de talleres,

formación profesional y orientación laboral.

En la Administración Penitencia hay un total de 24.957 trabajadores entre los distintos cuerpos de funcionarios y personal laboral (datos del 31.12.2011). A estos profesionales habría que sumar los 509 que pertenecen al Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, órgano encargado de las actividades laborales y de formación profesional de los reclusos. Y, en concreto, el número de profesionales dedicados al tratamiento penitenciario asciende a un total de 1373 personas.

#### **f) El sistema de clasificación**

La clasificación penitenciaria, según Sutherland, es la más importante orientación de la penología en los últimos años, y supone la distribución de los penados en grupos homogéneos para su adecuado tratamiento. En la actualidad, la clasificación ha sido definida como “El conjunto de actuaciones de la Administración Penitenciaria que concluyen en una resolución que atribuye al penado un grado de tratamiento – clasificación inicial- o bien cambia uno que se había asignado anteriormente – progresión o regresión- y que determina el establecimiento penitenciario de destino” (Alarcón Bravo, 2011).

Los grados de tratamiento se denominan correlativamente, correspondiendo el primero con un régimen de vida en el que las medidas de control y seguridad son más estrictas, el segundo con un régimen ordinario y el tercero con el régimen abierto. A cada grado le corresponde un régimen de vida y en ningún caso se mantendrá a un interno en un grado inferior cuando por la evolución de su tratamiento se haga merecedor de su progresión.

El fin primordial del régimen de cumplimiento es lograr en los establecimientos un ambiente adecuado para el éxito del tratamiento. Y podemos definir el régimen como el conjunto de normas o medidas cuyo fin primordial es la consecución de una convivencia ordenada y pacífica que permita alcanzar el ambiente adecuado para el éxito del tratamiento y la retención y custodia de los reclusos.

Para determinar la clasificación, las Juntas de Tratamiento ponderarán la

personalidad y el historial individual, familiar, social y delictivo del interno, la duración de la pena, el medio al que retornará y los recursos, facilidades y dificultades existentes en cada caso y momento para el buen éxito del tratamiento, de forma que:

- Serán clasificados en segundo grado los penados en quienes concurren unas circunstancias personales y penitenciarias de normal convivencia, pero sin capacidad para vivir, por el momento, en semilibertad.
- Serán clasificados en tercer grado los penados que por sus circunstancias personales y penitenciarias estén capacitados para llevar un régimen de vida en semilibertad.
- Por último, serán clasificados en primer grado los internos calificados de peligrosidad extrema o inadaptación a los regímenes ordinario y abierto, apreciados por causas objetivas en resolución motivada, a no ser que el estudio de la personalidad del sujeto denote la presencia de anomalías o deficiencias que deban determinar su destino al centro especial correspondiente.

Siempre que de la observación y clasificación correspondiente de un interno se valore que resulta estar en condiciones para ello, podrá ser situado inicialmente en grado superior, salvo el de libertad condicional, sin tener que pasar necesariamente por los que le preceden. Y dependiendo del grado de tratamiento en que se encuentre el interno podrá disfrutar de salidas programadas al exterior, permisos de salida, permisos de fin de semana, una estancia de ocho horas en el establecimiento, o incluso continuar cumpliendo condena en su domicilio.

#### **g) El tratamiento penitenciario**

Algunas de las definiciones que se han dado al *tratamiento penitenciario* serían las siguientes:

- Para Alarcón (1976; 2012) el tratamiento penitenciario es “ una ayuda, basada en las ciencias de la conducta, voluntariamente aceptada por el interno., para que en el futuro pueda elegir o conducirse con mayor libertad, o sea, para que pueda superar una serie de condicionamientos individuales o sociales, de cierta entidad, que hayan podido provocar o facilitar su delincuencia.
- Otros autores como Núñez (1997) consideran que “consiste en una serie de actuaciones tendentes a influir en el individuo y en su situación para modificar una determinada conducta o para potenciar la adquisición de conductas nuevas (en lo que respecta al tratamiento) y dentro del marco de la institución penitenciaria, donde se modificarán aquellas conducta que se consideren teóricamente relevantes en la génesis y mantenimiento de la conducta delictiva (en lo que respecta a penitenciario)”. Este objetivo resulta algo ingenuo o, al menos, difícil. No debemos olvidar que el momento en el que una persona ingresa en prisión ya ha pasado por diferentes etapas no sólo judiciales y policiales, sino de la sociedad en general, y como resultado del fracaso en el desarrollo social de esa persona.

El sistema penitenciario español concibe el tratamiento penitenciario como el conjunto de actuaciones directamente dirigidas a la consecución de los fines de reeducación y reinserción social, sin olvidar el efecto intimidatorio de las penas privativas de libertad.

Así, en la vida de los establecimientos penitenciarios tienen lugar una serie de actividades que, de una forma u otra, facilitan y complementan el proceso de tratamiento.

Nuestro sistema penitenciario parte de una concepción de intervención en sentido amplio, que no sólo incluye las actividades terapéutico-asistenciales sino también las actividades formativas, educativas, laborales, socioculturales, recreativas y deportivas. En este sentido, la Administración Penitenciaria orienta su intervención y tratamiento hacia la promoción y crecimiento personal, la mejora de las capacidades y habilidades sociales y laborales y la superación de los factores conductuales o de exclusión que motivaron las conductas criminales de cada persona condenada.

Estos programas se asignan teniendo en cuenta la evaluación global del penado, su personalidad, incluida su dimensión delictiva, y los pronósticos que se realizan

periódicamente para analizar su evolución. Se programa así un tratamiento individual, continuo y dinámico.

Dicho esto, y siguiendo a Clemente (2011) los requisitos que debe cumplir el tratamiento penitenciario, serían los siguientes:

- *Tratamiento individualizado*: teniendo en cuenta las características y condiciones especiales de cada recluso, las peculiaridades de su personalidad y el tipo de delito que ha cometido.
- *Impartido por un equipo multidisciplinar*: La ejecución de los programas corresponde a los equipos técnicos multidisciplinarios, según la especialidad de cada profesional. Previamente a la implantación de cada programa, los profesionales reciben el correspondiente curso formativo.
- *Desarrollado en un clima adecuado*: La prisión debe tener un clima social que permita llevar a cabo el tratamiento, minimizando los niveles de tensión y estrés, la cual afecta tanto a los internos como a los funcionarios y dificulta la ejecución del tratamiento.
- *Colaboración de instituciones externas*: La prisión debe estar abierta a la comunidad, a las asociaciones, ONGs, profesores de universidad y otros colectivos que puede entrar al centro penitenciario y colaborar en la realización de los programas de tratamiento.
- *Evaluación periódica*: Tanto la eficacia y resultados de los programas específicos como la evolución de los internos que participan en los mismos, son evaluados periódicamente por la Administración Penitenciaria, normalmente en colaboración con universidades u otras instituciones.

Algunas de las críticas que se han hecho al tratamiento penitenciario, han ido en estos sentidos:

- El tratamiento penitenciario supone una ilegítima manipulación de la personalidad, que vulnera la autodeterminación, la intimidad personal y el derecho a ser diferente.
- No es posible educar para la libertad en un medio que priva de ella.

- La reinserción de los internos pretende privarlos de cultura para que acepten acríticamente los esquemas de una sociedad injusta.
- Se cuestiona la legitimidad del tratamiento, acusando a éste de falsear el sentido de la pena privativa de libertad –fin retributivo- y de falsear el momento de la excarcelación.
- Escasa viabilidad que posee con respecto a su eficacia resocializadora.

Muchas de estas críticas no han tenido apenas repercusión, dado lo endeble de sus argumentos. Otras, en cambio, sí que han sido objeto de investigación científica, como es el caso de la última crítica planteada, y diversos investigadores con el fin de verificar la eficacia de los programas específicos de tratamiento para conseguir la reeducación y reinserción social han realizado evaluaciones y meta-análisis revisando los resultados de diferentes programas.

### Principales programas de tratamiento en la actualidad

Ha sido desde el año 2005, que se ha dado un impulso definitivo en los centros penitenciarios a los programas de tratamiento dirigidos a la reinserción social de los reclusos. Gracias a este esfuerzo, la Administración Penitenciaria cuenta en la actualidad con un conjunto de *programas específicos*, ordenados y estructurados, dirigidos a favorecer la evolución positiva de las personas encomendadas a la institución, sujetas a condiciones especiales de carácter social, delictivo o penitenciario. Se ha conseguido con ello crear una cultura de intervención sobre los factores psicosociales que están detrás de los actos delictivos de cada condenado.

A modo de ejemplo, se cuenta con programas de intervención terapéutica para delitos de especial gravedad, como son la agresión sexual y los delitos de violencia de género.

Existen también diferentes opciones de intervención para los internos con problemáticas de consumo, tanto de drogas como de alcohol, a través de módulos terapéuticos y comunidades intrapenitenciarias, programas de reducción del daño (Intercambio de Jeringuillas,



Mantenimiento de Metadona), de educación para la salud, y también programas de intervención de tipo psicosocial para prevenir las recaídas.

Añadido a estas iniciativas, se han diseñado programas integrales de intervención para colectivos con unas especiales características, como son internos con discapacidad intelectual, reclusos con enfermedades mentales severas, extranjeros y jóvenes reclusos (18-21 años).

Debemos destacar el especial interés en estos últimos años por desarrollar una intervención adecuada y específica para las mujeres reclusas, teniendo en cuenta sus especiales características psicosociales. Además del diseño de un programa integral para los módulos de mujeres, y del desarrollo de un programa terapéutico para mujeres reclusas que han sido víctimas de violencia de género, se han creado las Unidades de Madres, cuyo fin primordial es facilitar una relación materno filial positiva y un desarrollo estimular normalizado para los menores de 3 años que conviven con sus madres presas.

Otra experiencia innovadora y renovadora en el sistema penitenciario español han sido los llamados Módulos de Respeto, que tienen el objetivo de conseguir la mejora del clima social dentro de prisión, y lo hace además desde una perspectiva de intervención positiva. Este tipo de módulos tienen como fin lograr un clima de convivencia y máximo respeto entre los internos residentes del módulo, a través de un ingreso voluntario en ellos, y una participación muy activa en las tareas diarias y actividades desarrolladas en el mismo. Se fomentan la adecuada convivencia y una mayor autonomía por parte de los internos. Lo que se pretende es crear espacios apropiados para que los internos desarrollen sus capacidades como ciudadanos responsables y respetuosos con la ley. La normativa que rige estos espacios favorece la creación y consolidación de hábitos y actitudes socialmente admitidos e impide que los valores predominantes en la subcultura carcelaria fomenten la reincidencia del interno en el delito. Se cuidan aspectos tan básicos como la higiene, la salud, los buenos hábitos y otros de mayor envergadura como las relaciones interpersonales, el fomento de la responsabilidad y la participación en actividades. Esta forma de organizar la vida en un módulo de un centro penitenciario consigue no sólo mejorar el clima social en prisión, sino que además facilita la participación e implicación en otros programas más específicos de tratamiento.

Lo que no se han desarrollado por el momento son programas psicoterapéuticos dirigidos a paliar los efectos negativos que la propia estancia en prisión puede tener sobre las personas recluidas, lo cual parece necesario teniendo en cuenta los datos que aporta la literatura científica, y que detallaremos más adelante, en relación a los efectos nocivos del encarcelamiento, especialmente en relación con la aparición de problemas de salud mental.

Por último, referir también la ausencia de iniciativas de tratamiento realizadas desde una orientación positiva. En este medio se trabaja desde los modelos de salud patogénicos y el psicodiagnóstico en la evaluación y desde la psicología cognitivo-conductual para los programas terapéuticos, y la Psicología Positiva no ha tenido ocasión de abrirse todavía camino en el ámbito penitenciario.

#### ■ **Efectividad de los programas de tratamiento**

Desde mediados de los años setenta, momento en que se pone de moda el tema de la rehabilitación penitenciaria, la discusión sobre la efectividad de los diferentes programas que los profesionales de la psicología aplican en las prisiones ha sido continuo, tanto en España, como a nivel internacional. Tal y como señalan Pérez-Fernández y cols., (2011), algunos autores como Martinson (1974) llegaron a afirmar, a partir de los resultados de investigaciones sobre este asunto, que ningún programa de rehabilitación funciona, aunque otros investigadores contemporáneos, como Palmer (1975) o Gendreau y Ross, (1979) en sus trabajos llegaron a la conclusión de que no todos los programas de tratamiento funcionan, pero algunos sí, por lo que lo importante era encontrar los elementos y factores que hacen que esos programas tuvieran éxito. En este sentido, los factores que plantean Andrews (1990), Hollin (1992) o Antonowicz y Ross (1994) que pueden hacer más efectivos determinados programas de intervención son los siguientes:

- Centrar los programas en un área criminológica concreta y en delincuentes con un riesgo medio-alto de reincidencia, y con un modelo conceptual sólido de base.
- Estructurar bien los programas, utilizar técnicas específicas, entrenar exhaustivamente al personal encargado de su aplicación, y que incluyan dos más técnicas diferentes de intervención.

- Incluir componentes cognitivos en los programas, tales como los que van dirigidos a las actitudes, valores o creencias que mantienen la conducta delictiva, además de técnicas como el modelado y el role-playing.
- Cuanto mayor es la vinculación de los programas aplicados en la institución con la comunidad y la sociedad en su conjunto, mejores resultados se obtendrán en cuanto a duración y mantenimiento de los logros alcanzados.

En los años 90 se han sucedido diversos meta-análisis con el fin de valorar la efectividad de los diferentes programas de tratamiento aplicados en prisiones, primeramente en Estados Unidos (McIvor, 1990; Ross y cols, 1987, 1990, 1994) y después en Europa. En el caso de Estados Unidos destaca la labor de Losel (en prensa) quien ha revisado y resumido los resultados obtenidos por los diversos meta-análisis sobre tratamiento de la delincuencia efectuados hasta 1998 en ese país. Comprobó este autor que el tamaño del efecto promedio en los meta-análisis revisados estaba en torno a .10, lo que no parece ser alentador, teniendo en cuenta que en psicoterapia los tamaños del efecto suelen ser del doble o triple, sin embargo circunstancias como las dificultades del contexto de intervención en prisiones, por ejemplo, lo complicado de intervenir en conducta antisocial, con delincuente que cuentan normalmente con fortalecidas carreras criminales, y la falta de recursos y condiciones adversas en que se realiza el tratamiento penitenciario, el tamaño del efecto de .10 resulta significativo.

En el caso de Europa, debemos destacar la revisión de Redondo y colaboradores en 1994, 1997 y 1999 de diversos programas de tratamiento en países europeos. Por ejemplo, en 1994 revisó 57 programas de tratamiento dirigidos a delincuentes y se comprobó la mayor efectividad de los programas de orientación conductual y cognitivo conductual, con mejoras en los participantes en más del cincuenta por ciento de los indicadores medidos. En cuanto a la reducción de tasas de reincidencia, en este tipo de programas estuvieron entre el 10 y el 20 %, es decir, los participantes tratados reincidieron entre un 10 y un 20% menos que los no tratados. Los metaanálisis posteriores (1997, 1999) arrojan datos en el mismo sentido, en 1999, los 32 programas revisados resultaron en un tamaño del efecto de ,12 reduciendo por tanto en un 12% el riesgo de reincidencia del grupo tratado.

También se han realizado estudios sobre la efectividad de los programas de tratamiento específicos para determinadas tipologías delictivas. Por ejemplo, en el caso de los delitos de agresión sexual Redondo y colaboradores (2005) han tenido ocasión de comprobar como los internos participantes en el programa tenían un riesgo de reincidencia de 4,1% frente al 18,2% de riesgo de volver a cometer este tipo de delito en el caso de los no tratados. (Redondo, Navarro, Martínez, Luque y Andrés, 2005).

En el caso del programa de agresores en el ámbito familiar, Echeburúa y colaboradores ha realizado también una investigación dirigida a comprobar su efectividad en el año 2009, con resultados significativos en la disminución de sintomatología psicopatológica así como en procesos cognitivos y actitudinales, estando pendiente la evaluación de la reincidencia de los 148 internos evaluados una vez producida su excarcelación. (Echeburúa y Fernández-Moltalvo, 2009).

## 2. LA PSICOLOGIA PENITENCIARIA

---

### a) Introducción

En España la psicología penitenciaria constituye un área bastante desconocida dentro de la psicología jurídica (Yela, 1998). Al hablar de “*psicología penitenciaria*” nos estamos refiriendo, tal y como comenta Clemente (1997), a la parte de la psicología aplicada y de la psicología jurídica que se encarga de estudiar las relaciones, fenómenos, procesos y estructuras que se establecen dentro del marco penitenciario, generadas éstas porque existen leyes que las crean, y que tienen como objetivo la rehabilitación social de los internos. También se dirige esta disciplina al análisis de los códigos y conductas informales que surgen en la institución, al estudio de los climas sociales dentro de prisión, y de todos aquellos aspectos organizacionales, generados por la propia institución penitenciaria. Cabe aclarar, antes de continuar, que la psicología penitenciaria tiene relación, pero no se identifica, con el examen, análisis o tratamiento de los problemas de los delincuentes, ni del propio problema de la delincuencia.

Por tanto, el campo de actuación de esta disciplina se ve delimitado por una serie de características (Clemente, 2011), entre las cuales destacan:

- *Marco de actuación*: las tareas y objetivos de la psicología penitenciaria serán aquellos que la ley atribuye a los técnicos de instituciones penitenciarias, y en concreto a los psicólogos.
- *Forma organizacional* en que se plasma tal tarea. En concreto, a través de un órgano colegiado, la Junta de Tratamiento, para la toma de decisiones; y de Equipos Técnicos, para el análisis y estudio previo de las mismas.
- *Posición e importancia* que se quiere dar al tratamiento penitenciario dentro del marco general administrativo penitenciario.
- *Y organigrama general*, o lugar que en la práctica ocupa el tratamiento dentro de cada prisión.

## **b) Referencia histórica sobre el papel del psicólogo penitenciario**

En Estados Unidos, en el año 1919, aparece por primera vez la función del psicólogo dentro de un servicio en un centro penitenciario. En España, los primeros psicólogos comenzaron su actividad en las prisiones españolas bastante más tarde, en 1965. Fue en el decreto 12/1968 sobre la modificación de determinados artículos del reglamento de prisiones, donde formalmente se señaló la necesidad de contar con una serie de especialistas para la clasificación y el tratamiento penitenciario. Y fue la Ley 38/70 sobre reestructuración de los Cuerpos Penitenciarios la que finalmente creó un Cuerpo Técnico de Instituciones Penitenciarias, que incluía un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, juristas, pedagogos, sociólogos y psicólogos. Esta ley consolidaba de forma definitiva la incorporación de los especialistas en las ciencias humanas y sociales a la Institución Penitenciaria (Soria y Saiz, 2005), e implicó que el psicólogo fuera considerado legalmente – por vez primera en la historia de España- como un profesional especializado en el ámbito de la salud mental y de la intervención psicosocial (Pérez-Fernández y cols., 2011).

Unos años más tarde, en 1979, se dictó una nueva Ley Penitenciaria que supuso una profunda reforma del sistema penitenciario español. La nueva Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979 (LOGP) tiene entre sus objetivos principales el atender a las características personales del recluso y prestar especial observancia de la aplicación de métodos científicos, lo que muestra el claro compromiso de una atención oficial a las consideraciones reales de las ciencias humanas y médicas en el tratamiento penitenciario. Pero además, la LOGP abrió grandes posibilidades a la intervención de la psicología en las prisiones, por tres motivos fundamentales (Pérez-Fernández y cols., 2011):

1. En primer lugar por establecer como finalidad primordial de las prisiones la “reeducación y reinserción social de los condenados”, en línea con el artículo 25.2 de la Constitución;
2. En segundo lugar, por considerar el tratamiento penitenciario como herramienta principal para alcanzar este objetivo;
3. Y, por último, por especificar que dicho tratamiento debe basarse en un diagnóstico y clasificación previa de los encarcelados.

Desde 1965 hasta la actualidad las funciones y el papel del psicólogo penitenciario ha ido cambiando, adaptándose a las nuevas instrucciones y circulares, así como a las modificaciones del ordenamiento jurídico en materia penitenciaria, y también a las nuevas corrientes y marcos de intervención de la psicología. Para conocer la evolución de sus funciones y el papel desempeñado por los psicólogos de prisiones a lo largo de estos años, nos parece muy ilustrativa la diferenciación que hace Redondo (1991) en etapas. Este autor considera hasta cinco etapas distintas en la historia de la psicología penitenciaria:

1. *Etapas psicométrica/diagnóstica* (1965-1975): centrada en la medición de los rasgos y factores psicológicos de los internos y su subsiguiente diagnóstico.
2. *Etapas clasificatoria* (1975-1980): individualización en el tratamiento a través de una propuesta de clasificación y destino para cumplir condena en primero, segundo o tercer grado.
3. *Etapas de las experiencias piloto con grupos seleccionados de sujetos* (1980-1982): intervención personalizada y global sobre determinados grupos de sujetos con mejor pronóstico criminal en unidades destinadas a tal fin, en ocasiones bajo el encuadre legal de comunidades terapéuticas.
4. *Etapas del debate crítico sobre el tratamiento penitenciario* (1982-1984): amplia reflexión general sobre los programas conductuales de intervención, sobre variables ambientales, estudios de clima social, y factores de predisposición personal, como son los rasgos de extraversión y psicoticismo (Eysenck) o la impulsividad y búsqueda de sensaciones (Zuckermann).
5. *Etapas de desarrollo de modelos y programas ambientales y cognitivos* (1984-1990): puesta en marcha de programas de fases progresivas basadas en los principios del condicionamiento operante, dando importancia decisiva a los procesos de modulado (Bandura), en la génesis y mantenimiento del comportamiento socializado y del comportamiento delictivo. Y desarrollo de programas que tienen en cuenta componentes cognitivos y habilidades de pensamiento (Ross y Fabiano).

En esta evolución los principales modelos psicológicos seguidos han sido el modelo clínico/diagnóstico, en un primer momento, y posteriormente, modelos de aprendizaje y cognitivos. También se ha ido produciendo en la intervención psicológica un

desplazamiento de dirigirse hacia los sujetos a hacerlo hacia el ambiente carcelario. (Clemente, 1998).

En la década de los noventa, unido a la creación de los nuevo macrocentros –centros penitenciarios ordinarios con capacidad para 1500 internos- se produce un cambio importante en el tratamiento penitenciario, pasando de un enfoque clínico a otro más social, y se le da una perspectiva más pragmática a la rehabilitación, poniendo así más énfasis en la reinserción social que en la personalidad del sujeto. Con ello, la labor terapéutica del psicólogo penitenciario pasa a un primer plano no con el objetivo de modificar la personalidad del individuo sino para incidir sobre aquellas actitudes y conductas más relacionadas con el delito cometido, y para dotar al interno de recursos y competencias que le ayuden a no volver a delinquir.

Desde este enfoque, a lo largo los años noventa se diseñaron y desarrollaron diversos programas psicoterapéuticos, centrados muchos en la problemática de la drogadicción, y el papel del psicólogo penitenciario resulta fundamental en la implementación de estas iniciativas. Proliferaron también instrucciones en la línea del tratamiento y la intervención penitenciaria, que permitieron definir mucho mejor el perfil de acción del psicólogo de prisiones en sus principales ámbitos de actuación: especialmente la evaluación y la intervención. No obstante, no llegó a mejorar la comprensión del problema de la rehabilitación del interno ni en lo metodológico ni en lo propiamente científico. (Pérez-Fernández y cols., 2011)

A partir del año 2000 se da un nuevo impulso al desarrollo de programas de tratamiento específicos, y se produce además un movimiento de concienciación progresiva en el seno de Instituciones Penitenciarias, como respuesta al malestar de los profesionales penitenciarios por no contar con recursos ni medios suficientes en la práctica para desarrollar adecuadamente su trabajo. La respuesta a esta reivindicación se hace a través de circulares e instrucciones que dotan a los centros penitenciarios de los servicios necesarios para el tratamiento psicológico y crean las condiciones apropiadas para facilitar la resocialización en su sentido más amplio.

Como vemos, a lo largo de estos últimos años, tal y como refiere Clemente (1998), las tareas de los psicólogos en las prisiones españolas han ido evolucionado paulatinamente desde una



orientación evaluativo/diagnóstica hacia parámetros más intervencionistas, con el propósito de mejorar las posibilidades de los presos y /o de los propios centros penitenciarios.

### **c) Las funciones del psicólogo penitenciario en la actualidad**

El psicólogo que trabaja en los centros penitenciarios forma parte de un equipo multidisciplinar compuesto por diferentes profesionales, cada uno de los cuales aportan los conocimientos propios de su especialidad y juntos forman el denominado Equipo de Tratamiento.

Sus funciones vienen recogidas en el art. 282 del anterior reglamento penitenciario de 1981, el cual establece que a los psicólogos le corresponden las siguientes funciones:

- Estudiar la personalidad de los internos desde la perspectiva de la ciencia de la psicología y conforme a sus métodos, calificando y evaluando sus rasgos temperamentales-caracteriales, aptitudes, actitudes y sistema dinámico-motivacional y, en general, todos los sectores y rasgos de la personalidad que juzgue de interés para la interpretación y comprensión del modo de ser y de actuar del observado.
- Dirigir la aplicación y corrección de los métodos psicológicos más adecuados para el estudio de cada interno, interpretar y valorar las pruebas psicométricas y las técnicas proyectivas, realizando la valoración conjunta de éstas con los demás datos psicológicos, correspondiéndole la redacción del informe aportado a los equipos y la del informe psicológico final que se integrará en la propuesta de clasificación o en el programa de tratamiento.
- Asistir como vocal a las reuniones de los equipos de observación o de tratamiento, participando en sus acuerdos y actuaciones.
- Estudiar los informes de los educadores, contrastando el aspecto psicológico de la observación directa del comportamiento con los demás métodos y procurando, en colaboración con aquéllos, el perfeccionamiento de las técnicas de observación.

- Aconsejar en orientación profesional, colaborando estrechamente con el pedagogo si existiera en el equipo, a aquellos internos observados que lo necesiten y cuyas circunstancias lo hagan factible, en especial a los jóvenes.
- Ejercer las tareas de psicología industrial con respecto a talleres penitenciarios y a las escuelas de formación profesional, así como las de psicología pedagógica con respecto a los alumnos de los cursos escolares establecidos en los centros penitenciarios.
- Ejecutar los métodos de tratamiento de naturaleza psicológica señalados para cada interno, en especial los de asesoramiento psicológico individual y en grupo, las técnicas de modificación de actitudes y las de terapia de comportamiento.
- Cumplir cuantas tareas le encomiende el director concernientes a su cometido. También encontramos otras referencias a los funciones del psicólogo en los artículos 110, apartado b), y 174.2, apartado d), del nuevo RP, donde, si bien de forma expresa no aluden al psicólogo, bien es cierto que su desarrollo sólo puede ser llevado a cabo por psicólogos.

Tomando como referencia este artículo del Reglamento Penitenciario, García y Sancha (1985) definen las principales áreas de actuación del psicólogo:

- *Pericial*: psicodiagnóstico y clasificación penitenciaria, redacción de informes al centro directivo y al juzgado de vigilancia penitenciaria sobre la personalidad del interno y la evaluación del mismo a lo largo del cumplimiento.
- *Tratamiento*: elaboración y ejecución de unas pautas de intervención para cada interno, que se revisarán por el equipo de tratamiento cada seis meses, y que son específicas para las áreas que se precisa mejorar en el interno, ya sean laborales, educativas, o psicológicas.
- *Otros*: programación y planificación del trabajo del equipo de tratamiento en el centro: Actividades de investigación, funciones de dirección e inspección de los establecimientos penitenciarios, etc.

Cabe añadir a esta distinción de funciones, la aportación de Romero (2002) sobre la diversidad de ámbitos de actuación del psicólogo penitenciario en la práctica, y que abarca las distintas especialidades de la disciplina de la psicología:

- La *psicología educativa* para desarrollar tareas de educación y formación con los internos;
- La *psicología del trabajo y las organizaciones* para asignar puestos de trabajo adecuados según el perfil de los internos, y la selección de personal laboral o eventual dentro del centro penitenciario (profesores, formadores, monitores);
- La psicología social, en el análisis y diseño de estrategias para la intervención sobre el clima social de la prisión, de determinados módulos y de las relaciones entre internos y de internos con funcionarios;
- Y, por supuesto, la psicología clínica, para la labor de psicodiagnóstico e intervención psicoterapéutica.

Dicho esto, se expone a continuación de forma más detallada las dos actividades más importantes del psicólogo penitenciario, que serían la evaluación y la intervención psicológica:

### **La evaluación psicológica**

La capacidad evaluativa e informativa del psicólogo, desde su propia formación y orientación teórica, es el primer pilar básico de su trabajo.

En el ámbito penitenciario el diagnóstico psicológico contribuye a la toma de decisiones de órganos colegiados (Juntas de Tratamiento, Comisión Disciplinaria, Consejo Directivo, etc.), de los servicios centrales de la Administración Penitenciaria o de las autoridades judiciales en asuntos como la resolución de propuestas de clasificación, progresión y regresión de grado, concesión de permisos, libertades condicionales y provisionales, etc.

Dicha evaluación psicológica surge por la necesidad de comprender y analizar los comportamientos delictivos, para así poder desarrollar una serie de pautas de actuación sobre cada interno y sus conductas con el fin de conseguir superar las circunstancias que las motivaron, de forma que en el futuro el interno no vuelva a delinquir.

El diagnóstico psicológico de los reclusos ha ido centrándose en unos aspectos u otros del individuo de acuerdo con las directrices de la Institución Penitenciaria y, sobre todo, adaptándose a las nuevas corrientes en la propia disciplina psicológica. Inicialmente los factores psicológicos de mayor interés para los psicólogos penitenciarios fueron la inteligencia, personalidad, actitudes y aptitudes, que se evaluaron a través de test y entrevistas. Otros aspectos, como el fenómeno de la prisionización, o adaptación al medio penitenciario a través de la asimilación de la cultura carcelaria, de gran interés en otros países como Reino Unido, que ha recibido escasa atención por los psicólogos penitenciarios en España. Sí que se tomó interés, por ejemplo, por la evaluación del clima social de las prisiones, a través de las escalas de Moos. Posteriormente, y de forma periódica, ciertos grupos específicos de delincuentes han ido suscitando el interés evaluativo de la psicología penitenciaria, como por ejemplo, en estos últimos años la delincuencia femenina o los maltratadores.

Más recientemente, la evaluación del riesgo de reincidencia ha adquirido gran importancia para los psicólogos penitenciarios. Se han centrado también, incluso a través de investigaciones científicas, en el análisis de los factores de riesgo de reincidencia de reclusos peligrosos con el fin de valorar los permisos de salida, o en el riesgo de reincidencia de los penados por delitos sexuales.

En la actualidad, la evaluación psicológica en el ámbito penitenciario tiene dos características principales:

1. Una concepción psicodiagnóstica.
2. Una especial atención al análisis de la conducta delictiva así como a las variables personales, biográficas y sociales que son teóricamente relevantes en la vida delictiva del interno.

Y los fines que tiene dicha evaluación pueden ser muy diversos, principalmente serían:

- La clasificación penitenciaria del interno una vez penado;
- Para establecer el programa del tratamiento más adecuado en cada caso,
- Para el estudio de permisos de salida y progresiones o regresiones de grado, o régimen de vida del interno.

- Valoración de drogodependencia y/o riesgo de suicidio del recluso.
- Para la elaboración del informe de pronóstico de reincidencia, o de pronóstico final de cara al disfrute de la libertad condicional.
- El desarrollo de informes para la propuesta de permisos de salida o de aplicación del artículo 10 –régimen de aislamiento-
- Elaboración de informes de personalidad y conducta solicitados por tribunales, jueces, fiscales o el juez de vigilancia y también por los Servicios Centrales de Instituciones Penitenciarias, para asesorar o ayudar en la toma de decisiones de estos órganos.

### **La intervención psicoterapéutica**

La implementación de programas específicos de tratamiento en prisión por parte del psicólogo han de seguir varios principios y directrices fundamentales que estos profesionales han de tener en cuenta en su trabajo diario:

1. El respeto a los derechos constitucionales, legales y reglamentarios del recluso.
2. La individualización de la intervención, es decir, que forme parte de un programa de tratamiento individualizado, de acuerdo a las características personales y situacionales de cada interno.
3. La observación del interno, lo que implica una evaluación previa para adecuar la intervención y herramientas de tratamiento a cada individuo.
4. La propia especialización profesional de cada psicólogo.
5. Seguir las líneas generales de actuación señaladas por la Administración Penitenciaria.
6. La voluntariedad del tratamiento, es decir, cualquier intervención psicoterapéutica al igual que el programa de tratamiento individualizado está supeditado a la voluntaria aceptación y participación por parte del recluso.

Dicho esto, las principales técnicas psicológicas que han sido utilizadas para el tratamiento de los reclusos son las siguientes:

- *Intervenciones psicológicas/psiquiátricas no conductuales*: con orientaciones de tipo psicodinámico o clínico. Dos iniciativas en esta línea fueron la “unidad experimental de jóvenes” de Alcalá entre 1980-84 y la instalación de mujeres presas en dos pisos de la ciudad de Valencia, aunque ninguna de las iniciativas contó con una evaluación sistémica.
- *Terapia de conducta*: a través del condicionamiento operante con economías de fichas y programas de modificación de conducta de corta duración.
- *Terapia cognitivo-conductual*: fundamentada en el modelo cognitivo conductual o de aprendizaje cognitivo, siendo el programa de Competencia Psicosocial (Ross, Fabiano y Garrido, 1990) el ejemplo más representativo.
- *Intervenciones ambientales*: con el objetivo de rediseñar los ambientes carcelarios sobre la base de algún modelo psicológico. Como ejemplos, la comunidad terapéutica, cuya primera experiencia se llevó a cabo en la cárcel de Ocaña II entre 1980 y 1986; o el programa ambiental de contingencias, más conocidos como sistemas de fases progresivas; y también las experiencias de endurecimiento regimental, que han demostrado resultados peores.

Con objeto de no repetirnos, no queremos volver a citar aquí los diferentes programas de intervención en los que participa el psicólogo penitenciario ya que se han citado en el capítulo anterior al hablar del tratamiento penitenciario en la actualidad (Véase p.23 y ss.)

#### **d) Algunas reflexiones finales**

El trabajo del psicólogo penitenciario se ha visto muy afectado por asuntos ajenos a la disciplina de la psicología, como son el devenir de los debates judiciales y legislativos, o el desarrollo conceptual e ideológico del derecho y su reflejo en la sociedad. Un ejemplo claro sería el debate jurídico en torno al propio concepto de la reinserción social, que ha llevado a un estado de completa confusión en el momento de abordar asuntos como el del tratamiento, sus fines y sus resultados (Pérez-Fernández y cols., 2011). Esto ha afectado a la psicología penitenciaria y ha implicado la falta de un análisis y control serios del contenido, funciones y resultados a desarrollar por los psicólogos penitenciarios.

Se echa, además, en falta un mayor acercamiento entre la praxis penitenciaria y la psicología académica. Tal y como refiere Clemente (1998), considero que una mayor proliferación de estudios e investigaciones en el campo de la psicología penitenciaria en España permitirían no sólo mejorar la formación técnica de los profesionales que trabajan en las prisiones sino también una mayor consolidación teórica y científica de la propia psicología penitenciaria.

El psicólogo penitenciario no cuenta con la posibilidad de investigar lo suficiente, debido a carencias temporales y materiales dentro de la prisión. Y por otro lado, fuera de las prisiones no parece que exista un interés entre los investigadores por analizar y estudiar determinados fenómenos psicológicos en el contexto penitenciario (Pérez-Fernández y cols., 2011). Esto hace que el área de la psicología penitenciaria sea todavía una gran desconocida para muchos y que además, se queden fuera de los avances de la disciplina psicológica las personas que tienen que pasar un tiempo en prisión. Estos individuos, la población reclusa, son un colectivo de riesgo que convive en un medio de condiciones muy particulares, lo que debería convertir al medio penitenciario en un campo de mayor interés científico y aplicado, especialmente en el caso de la psicología clínica, dada la alta prevalencia de problemas de salud mental y de adicciones que hay entre la población penitenciaria.

### 3. LA PSICOLOGIA POSITIVA

---

*La psicología positiva supone, a priori, un reflejo del progreso de la humanidad, porque la generación de una disciplina científica para el estudio del viejo tema de la felicidad que se interesa por la definición del concepto o conceptos afines, por la evaluación de los mismos (y su fiabilidad y validez) y las estrategias para que las personas sean más felices (a través de diseños experimentales) marca los cimientos para una sociedad más feliz.*

(Padrós, Martínez, Yunuén y Medina, 2010, pp.38).

#### a) Introducción

Desde el año 2000, en el marco de una nueva perspectiva de la psicología, denominada psicología positiva, son numerosos los investigadores que se han interesado por el estudio de lo positivo, ya sean los rasgos positivos (fortalezas, virtudes, y habilidades generales como la inteligencia, etc.), las emociones positivas (amor, alegría, etc.) o las instituciones positivas que sustentan las virtudes y sostienen las emociones positivas, (p.e. la democracia, las libertades individuales o las familias integradas), todo ello con el fin de favorecer la calidad de vida y el bienestar en las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2003).

Sin embargo, el interés por los aspectos psicológicos positivos, por las fortalezas y las competencias personales, tiene una larga tradición tanto en el ámbito conceptual como en el de la intervención psicológica. Ya en la corriente humanista de la psicología, floreciente en los años sesenta y representada por autores como Carl Rogers, Abraham Maslow o Erich Fromm, se aprecia una tendencia a esta psicología de lo positivo. De hecho, el término de *psicología positiva* ya fue utilizado por A.Maslow en 1968 (Maslow, 2000). Desafortunadamente, tal y como señalan Seligman y Csikszentmihalyi (2000) la psicología humanista no se vio acompañada de una base empírica sólida, por lo que no pudo consolidarse.

En línea con este interés por lo positivo, el propio Seligman (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) refiere que antes de la Segunda Guerra Mundial los tres objetivos principales de de la



psicología eran: 1. Curar los trastornos mentales; 2. Hacer las vidas de las personas más productivas y plenas; y 3. Identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Pero fueron diferentes eventos y circunstancias tras la guerra los que llevaron a la psicología a olvidar dos de esos objetivos, los dos últimos, y a centrarse exclusivamente en el trastorno mental y el sufrimiento humano, lo cual eclipsó las iniciativas en el estudio de los aspectos psicológicos positivos que se habían dado hasta entonces y también los intentos que aparecieran posteriormente.

Un argumento que corrobora esta tendencia hacia el trastorno mental de la psicología, son los datos que aporta Salanova (2008), quien al hacer una breve revisión de la literatura científica de los últimos cien años (desde 1907 hasta 2007) pudo comprobar que se han publicado 77.614 artículos sobre ‘estrés’, 44.667 artículos sobre ‘depresión’, 24.814 sobre ‘ansiedad’ pero sólo 6.434 sobre ‘bienestar’. En esta vasta y larga producción, el número de trabajos sobre ‘felicidad’ (1.159) o sobre ‘disfrute’ (304) es casi testimonial, lo que confirma el escaso interés científico por lo positivo.

No obstante, como adelantábamos, en los últimos años, se han retomado las ideas de la psicología humanista acerca de la necesidad del estudio de la “parte positiva” de la existencia humana, dotándola de aquello que faltó en su época: un sólido soporte empírico y científico. Es a partir de esta necesidad que surge la rama de la psicología, denominada psicología positiva, cuyo punto de partida se sitúa en el año 2000 con la publicación de un número especial de la revista *American Psychologist* por los autores Seligman y Csikszentmihaly, con el que pretenden dar un nuevo impulso al interés por lo positivo desde la disciplina psicológica. Estamos hablando, por tanto, de un cambio en el foco de la psicología que va de la preocupación por la reparación del daño, hacia la construcción de cualidades positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Esto hace que las teorías y modelos positivos, salvando intentos excepcionales (p. ej.: Jahoda, 1958), sean bastante recientes (Deci & Ryan, 2000; Keyes & Waterman, 2003; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Seligman, 2002), sobre todo, si los comparamos con el largo desarrollo histórico de los modelos explicativos de los trastornos mentales, por lo que estas iniciativas teóricas necesitan de un mayor número de investigaciones científicas que ayuden

a refutar sus planteamientos y a un desarrollo más consolidado de esta nueva rama de la psicología.

### **b) Antecedentes de la psicología positiva**

Tal y como refiere Peterson (2006) la psicología positiva tiene un corto pasado pero una larga historia. Y es importante que esta perspectiva haga visible la larga tradición que, desde sus inicios, ha tenido en la disciplina de la psicología el estudio de lo positivo para poder contar con una mayor consistencia y crédito social y profesional (Costa y López, 2008), aunque estas iniciativas no estuvieran acompañadas del suficiente soporte científica.

En el siglo XX ya se escribía acerca de las virtudes humanas, las fuerzas y el significado del bienestar; y desde los inicios de la psicología hubo investigadores y clínicos que postularon por un cambio en el paradigma de clasificar y diagnosticar a los pacientes y se ocuparon de describir el potencial humano.

Por ejemplo, James (1902, 1958) padre de la psicología norteamericana, en su obra "*Las variedades de la experiencia religiosa*", hablaba de las personas que son capaces de adentrarse en las bondades de la vida a pesar de sus propias desgracias, son las que define como "*saludablemente inmersos*". Su trabajo también es valioso por ilustrar de forma aguda el punto-contrapunto entre las características positivas y las negativas de la condición humana.

En los años 50 del pasado siglo, White (1959), por ejemplo, daba importancia a la competencia desde el nacimiento y la infancia, como una tendencia positiva básica e inherente a explorar el entorno. Otros autores en esta línea son Erikson (1963) que, al definir el ego, hablaba de un crecimiento continuo; o Jung (1953), el cual, al hablar de la individualidad, planteaba la armoniosa integración de las buenas y malas características de las personas, analizando también las cualidades femeninas y masculinas, y las indudables capacidades para la autoexpresión y la aceptación de lo desconocido que tiene el ser humano. Investigadores como Bühler (1935, Bühler y Massarik, 1968) articularon las tendencias básicas de la vida a través de las cuales se alcanzan los logros humanos. Y Allport (1961), por su parte, consideraba que la madurez abarcaba cualidades como la amplitud de pensamiento, la seguridad emocional, las cálidas relaciones con los otros, y la

autopercepción realista. Todos ellos, como vemos, se interesaron por aspectos positivos de la mente y desarrollo humanos.

En el marco del movimiento humanista, considerado el principal antecesor de la psicología positiva, debemos destacar las contribuciones de dos de sus más importantes autores:

- Carl Rogers (1961) que propone una teoría construida a partir de una sola “fuerza de vida” o “tendencia actualizante”, que definía como una motivación innata, presente en todas las personas y dirigida a desarrollar las potencialidades de cada uno hasta el mayor límite posible.

- Maslow (1954, 1962) que consideraba que en los seres humanos hay una tendencia innata a sacar el mayor partido posible de sus propios talentos y potencialidades, lo que definió como *autorrealización*. Fue este autor quien propuso una ordenación jerárquica de los motivos, conocida como *la pirámide motivacional de Maslow* (1962). Para él la persona tiene la capacidad inherente de autorrealizarse, y este crecimiento personal gobierna y organiza todas las demás necesidades, que serían primeramente las fisiológicas (hambre, sed, supervivencia...), seguidas de las necesidades de seguridad, afiliación, autoestima y autorrealización. En su conocido libro, *Motivación y Emoción*, (1954) incluyó un capítulo titulado “*Hacia una psicología positiva*”, que trataba sobre esta temática.

Otro de los hitos que en la historia de la psicología muestran el interés por lo positivo se produce en 1955, cuando un estudio longitudinal sobre un grupo de niños nacido en la isla de Kauai provocó el interés de algunos autores por la fortaleza personal o *resiliencia*, como competencia personal para sobreponerse a situaciones de alto riesgo y recuperarse de ellas. El estudio de la *resiliencia*, iniciado por Kobasa (1979), ha despertado un enorme interés estos últimos años (Werner y Smith, 1982, 1992; Werner, 1987; Rutter, 1987; (Grotberg, 2002; Luthar, 2003; Moreno-Jimenez y cols. 2006; 2008).

Por su parte, Jahoda (1958) contemporánea de Maslow y Rogers, en su libro “*Current concepts of positive mental health*”, definía el concepto de *salud mental positiva* entendiendo que no es sólo la ausencia de trastornos o de estrés, es decir, la ausencia de enfermedad mental sino que incluye el bienestar físico y psicológico de la persona. La teoría que plantea esta autora es muy interesante por proponer, además, seis causas o criterios generales del bienestar: *Actitudes hacia sí mismo; Crecimiento, desarrollo y*

*autoactualización; Integración; Autonomía; Percepción de la realidad y Dominio del entorno*, propuesta que servirá como punto de partida para posteriores desarrollos teóricos en torno al concepto de bienestar psicológico y de salud positiva.

Posteriormente, en las décadas de los 80 y 90, son las investigaciones realizadas desde la psicología cognitiva sobre la información positiva las que pusieron de manifiesto la enorme relevancia que esta información positiva tiene en muchos procesos psicológicos. Así Vázquez, Hervás y Ho (2006) comentan como ejemplos: el papel protector de los sesgos positivos para la salud física y mental en la sensación de control; o las atribuciones causales. En España, entre otras iniciativas en el marco de lo positivo, podemos destacar la publicación del libro “*Optimismo Inteligente. Psicología de las emociones positivas*” de Avia y Vázquez en 1998.

Estas aportaciones, en conjunto, reflejan el interés de la psicología, desde casi sus inicios, por la articulación del óptimo, saludable y adaptativo funcionamiento humano. Lo que frenó su consolidación y auge, como ya referíamos, fue el hecho de que la investigación empírica no llegara a dar los frutos esperados, debido a la ausencia de herramientas de evaluación fiables para medir el funcionamiento positivo. Estas iniciativas sí que han permitido, sin embargo, sentar las bases para que investigadores posteriores se empezaran a interesar en sus formulaciones y a desarrollar una nueva perspectiva de la psicología, que ahora conocemos como psicología positiva. Esta perspectiva permite observar, evaluar e intervenir sobre las emociones, los rasgos y las motivaciones que hacen que las personas se sientan bien; y cuenta, además, con el suficiente apoyo empírico para convertir definitivamente este interés por lo positivo en una perspectiva sólida dentro de la psicología.

### **c) La psicología positiva en la actualidad**

Como adelantábamos, la psicología positiva surge como necesidad complementaria al modo habitual de contemplar la realidad psicológica (Vázquez, Hervás y Ho, 2006) y propone un cambio de enfoque (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2005; Vázquez, Hervás y Ho, 2006) del foco en la patología y enfermedad mental de la psiquiatría, la psicología clínica y la psicoterapia, a centrarse en las fortalezas, virtudes, emociones positivas y la

“buena vida”. Su misión consiste en entender y fomentar los factores que permiten a las personas, comunidades y sociedades prosperar (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

En línea con la definición de Vera (2006), consideramos que la psicología positiva es “una rama de la psicología, que, con la misma rigurosidad científica que ésta, focaliza su atención en un campo de investigación e interés distinto al adoptado tradicionalmente: las cualidades y características positivas humanas”.

En base a esta definición, y tal y como defienden Costa y López (2008), creemos que es importante para un desarrollo riguroso de esta nueva perspectiva, que la psicología positiva se apoye en los sólidos fundamentos conceptuales y metodológicos de la psicología general, más que intente promoverse como una disciplina de nueva invención. Ya hemos visto como esta nueva perspectiva cuenta con suficiente soporte en la historia de la psicología, y debemos tener también en cuenta la acumulación de conocimientos e investigaciones científicas contrastada, desde la psicología general, en procesos relacionados con el desarrollo de fortalezas y habilidades, todo ello permitirá dotar a la psicología positiva del adecuado rigor y credibilidad científicos.

Son ya numerosos los autores destacados que trabajan e investigan en el marco de esta perspectiva positiva. Por señalar algunos, además del ya mencionado impulsor de la psicología positiva, Martin Seligman; debemos referirnos a autores como Diener, que se ha centrado en el estudio del *bienestar subjetivo*; Ryff, interesada por el *funcionamiento psicológico óptimo*, y cuya teoría y planteamientos servirán de punto de apoyo para el desarrollo de la presente tesis; Peterson, fallecido recientemente, que ha investigado ampliamente sobre virtudes como el *optimismo* y ha tenido un papel clave en el desarrollo de la herramienta *VIAS de clasificación de virtudes*; Myers, cuyas investigaciones se centran en el constructo de la *felicidad*; o Csikszentmihalyi, que está actualmente investigando acerca de la *experiencia de flujo*, como dimensión particular de la felicidad. En España, no queremos dejar de mencionar a autores como Avia, Vázquez o Hervás (1998, 2006, 2009) interesados por dar impulso al estudio del bienestar psicológico y otros aspectos relacionados con el campo de la psicología de lo positivo.

Aunque son diversas las temáticas objeto de interés de la perspectiva positiva en psicología, en un intento por ordenar estas áreas, actualmente se puede hablar de tres pilares básicos

(Seligman, 2003): a) *Los rasgos personales positivos*; b) *las emociones positivas* y c) *las instituciones positivas*. A estas tres áreas en los últimos años algunos autores suelen añadir un elemento más: *las relaciones positivas* (Peterson, 2006).

### **Los rasgos personales positivos**

En el marco de la psicología positiva ya no se clasifica a las personas por sus rasgos negativos, sino que se definen y estudian los rasgos disposicionales positivos, permitiendo evaluarlos y diseñar programas de intervención para potenciar o aumentar dichas capacidades, teniendo en cuenta que, a nivel científico ya ha quedado demostrado que los rasgos positivos aumentan la calidad de vida y el bienestar (Linley y Joseph, 2004).

Una de las más importantes iniciativas que se han impulsado en el marco de la psicología positiva es el *proyecto VIA de clasificación de fortalezas*. Este proyecto ha desarrollado, desde el año 2000 en que se inició, un intenso trabajo de clasificación y elaboración de un sistema de evaluación de fortalezas que, aunque como todas las propuestas científicas, está sometido a continua revisión, ha tenido la pretensión de ser lo más exhaustivo y universal posible. Las fortalezas propuestas son el resultado de la búsqueda de los aspectos más valiosos y deseables del ser humano, y han sido rastreadas entre las culturas más conocidas, a través de diferentes estrategias, proponiendo además siete criterios para considerar que una característica humana fuera considerada fortaleza. A través de este proyecto, Chris Peterson y Martin Seligman, junto con la colaboración de otros muchos otros investigadores, han elaborado una clasificación de 24 fortalezas y ha desarrollado varios instrumentos de evaluación actualmente todavía en proceso de validación (disponibles en la página [www.psicologiapositiva.org](http://www.psicologiapositiva.org)).

Además de esta iniciativa, debemos tener en cuenta que la psicología positiva se pregunta por la naturaleza de la eficacia del funcionamiento del ser humano (Sheldon y King, 2001). Los potenciales humanos son un factor que puede llegar a ser preponderante en los períodos de crisis del individuo, periodos que son inevitables y necesarios para el crecimiento y madurez de la persona (Cuadra y Florenzano, 2003). Así, a nivel individual, el interés por los rasgos personales positivos incluye el estudio de factores como: el valor, las habilidades interpersonales, la perseverancia, el talento, el bienestar, el optimismo, la felicidad, o la libre determinación.

## **Las emociones positivas**

Uno de los ámbitos más estudiados dentro de la psicología positiva son las emociones positivas. Curiosamente, al revisar la literatura de estudios específicos que analizan la relación entre estados de ánimo y síntomas fisiológicos, se encuentra que los trabajos sobre estados de ánimo negativos (depresión, ira, etc.) son veinte veces más frecuentes que los que estudian estados emocionales positivos (Pressman & Cohen, 2005) lo que hace aún más patente la importancia de potenciar y estimular el interés científico por las emociones positivas.

Uno de los autores destacados en este sentido sería Barbara Fredrickson (2001; 2002; 2003; 2005). Fredrickson distingue una doble relevancia de las emociones positivas: como marcador de bienestar, y como medio para conseguir el crecimiento psicológico y la mejoría del bienestar durante más tiempo. Esta autora presenta un nuevo modelo, el *modelo de la ampliación y construcción de las emociones positivas*. A través de este modelo postula que las emociones positivas enriquecen el pensamiento y el repertorio de acciones en el momento en que las personas las experimentan, lo que, a su vez, sirve para fortalecer los recursos personales (tanto los recursos físicos y psicológicos como los sociales).

En un estudio que realizó Fredrickson (2003) sobre el atentado en Nueva York del 11 de septiembre, pudo observarse cómo el experimentar emociones positivas tras la vivencia de un suceso traumático, aumenta a corto plazo la vivencia de experiencias subjetivas positivas, realza el afrontamiento activo y promueve la desactivación fisiológica, mientras que a largo plazo, minimiza el riesgo de depresión y refuerza los recursos de afrontamiento. Estos interesantes resultados ponen en evidencia el papel tan importante que las emociones positivas pueden jugar en relación con la salud mental.

Otra interesante línea de investigación en el campo de las emociones positivas es la desarrollada por Mihaly Csikszentmihalyi (1990, 1996, 2003; 2008) que se centra en el *fluir (flow)*, *experiencia óptima*, o *experiencia de flujo*, constructo referido a lo que las personas experimentan en ocasiones, cuando se hallan tan involucradas en una actividad que parece no existir nada más, es decir, un profundo y elevado sentimiento de disfrute, intrínsecamente gratificante.

Un novedoso concepto, que alude a experiencias afectivas positivas es el de *gaudibilidad* (Padrós y Fernández-Casto, 2001, 2008) y se define como un constructo que engloba todos aquellos procesos que median entre los estímulos y el disfrute que las personas experimentan, es decir, el conjunto de moduladores que regulan las sensaciones subjetivas de vivir experiencias gratificantes. Se trataría de la potencialidad de disfrute, de esta manera, cuanto más alta es la gaudibilidad, más probabilidades tienen las personas de disfrutar.

### **Las instituciones positivas**

A nivel social, la psicología positiva parte del hecho de que hay aspectos sociales (p.e. la productividad, el voluntariado, o también el racismo o el sexismo) que no pueden ser reducidos a hechos psicológicos individuales y que afectan e influyen en el desarrollo personal y en el de la propia sociedad. Este área integra, por tanto, la investigación psicológica acerca de cómo los aspectos sociales y las fuerzas culturales pueden dar forma y formarse a partir de los individuos. El ámbito de las instituciones positivas asume que la estructura de las instituciones afecta a sus miembros creando o dificultando el impulso a comprometerse e implicarse con otros en pro del interés común de la comunidad.

Explora las virtudes ciudadanas y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores ciudadanos:

- Virtudes ciudadanas como, por ejemplo, la responsabilidad, el altruismo, el civismo, la tolerancia o el trabajo ético,
- Instituciones positivas como son la democracia, las familias unidas, la libertad de información, la educación, las redes de seguridad económica y social, que sustentan las virtudes y a su vez sostienen las emociones positivas.

Lo que se apunta en esta área de investigación es hacia una sociología positiva donde se abordan cuestiones como las diferentes visiones respecto a una buena sociedad, la justicia, la equidad, los logros culturales, la salud, la salud mental, la cooperación y las relaciones interpersonales, el entorno o ambiente físico, aspectos todos ellos que permiten que las comunidades prosperen y mejoren en el desarrollo de las fortalezas y virtudes personales. Este tercer campo de trabajo está liderado por Kathleen Hall Jamieson, socióloga y



politóloga, de la Universidad de Pensilvania, y busca investigar e implantar modos en que las instituciones positivas puedan promover, además de las propias fortalezas y emociones positivas del individuo, el civismo, la reciprocidad, la tolerancia a la diversidad, y las oportunidades. Comunidades efectivas y saludables pueden ser definidas como aquellas productivas, eficientes, justas y tolerantes cuyos miembros tienen un claro sentido de la eficacia personal y del compromiso con la comunidad.

#### **d) Intervención terapéutica desde una perspectiva positiva**

Desde el punto de vista de la psicología aplicada, en el marco de la psicología positiva debemos decir que aunque ha habido cierto interés científico en desarrollar intervenciones psicológicas para la promoción y potenciación de los recursos psicológicos (para una revisión ver Vázquez, Hervás y Ho, 2006; o Vázquez y Hervás, 2008), son todavía escasos los programas preventivos o terapéuticos dirigidos a potenciar el bienestar y las emociones positivas en población específica o para perfiles determinados. Especialmente relevante resultaría la intervención desde esta perspectiva con población clínica, es decir, con personas con algún trastorno de salud mental, y en nuestro ámbito, con población penitenciaria.

Berrocal, Ruini y Fava ( 2008) consideran tres razones principales que podrían explicar la ausencia de desarrollos aplicados en el marco de la psicología positiva:

- La investigación en salud mental ha estado históricamente inclinada hacia el lado de la disfunción psicológica, y la salud ha sido tradicionalmente equiparada con la ausencia de enfermedad, en vez de con la presencia de bienestar.
- El modelo conceptual de base para una aproximación psicoterapéutica debiera dar cuenta, para una muestra de población clínica, que el nivel de bienestar psicológico mejora de forma significativa.
- Hasta hace poco no han estado claras las posibles aplicaciones clínicas de una psicoterapia dirigida a mejorar el bienestar, y no se preveía su aplicación como medida para prevenir las recaídas.

También es difícil encontrar a profesionales de la salud que den respuesta al importante papel del bienestar y las emociones positivas como elemento vital saludable.

No obstante, ha habido ya intentos de diseñar y aplicar programas desde esta línea para población general, todos ellos con resultados muy alentadores. Por mencionar algunos ejemplos:

- Fordyce (1977, 1983, 1995) desarrolló un *programa breve para aumentar la felicidad*, enseñando algunas actitudes fundamentales que según el autor, las personas deben desarrollar para ser felices.
- Seligman, Steen, Park y Peterson (2005), propusieron estudiar el efecto de seis actividades concretas para aumentar la felicidad, a través de una intervención vía web. Para comparar los resultados se añadió un ejercicio placebo de control. Observaron que se incrementó la felicidad y decrecieron los síntomas depresivos después de seis meses de seguimiento para dos de los ejercicios, tras un mes para otro de ellos y transitoriamente para los demás.
- Por su parte, Murria y Pigott (2006), han llevado a cabo un curso académico de 20 horas llamado “*psicología de la felicidad*”, con adultos que aprendieron estrategias para aumentar la felicidad que habían demostrado eficacia previa, con resultados significativos.
- También Kirsten y Plessis (2006), desarrollaron un programa de nueve sesiones para promover bienestar y reducir síntomas de trastornos alimentarios en población subclínica. El programa tuvo éxito, ya que incrementó el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, redujo los síntomas subclínicos del trastorno alimentario, y disminuyó la insatisfacción con el cuerpo.

En España, de entre las intervenciones dirigidas a la mejoría del bienestar y la salud general de personas sanas, queremos destacar el trabajo desarrollado por Amorós, Remor y Carrobles (2010), para la potenciación de los recursos psicológicos dirigido a adultos. La intervención se denominó “*Programa para la potenciación de los recursos psicológicos*”, y constaba de 10 sesiones, una vez por semana, dirigidas a identificar, clarificar y potenciar el uso de varios recursos (comunicación asertiva, expresión de sentimientos y emociones positivas, expresar el perdón, pensar de forma optimista, favorecer la gratitud y hacer un afrontamiento positivo de las adversidades de la vida), sus resultados fueron también significativos.

La mayor dificultad que tiene la intervención psicoterapéutica dirigida a la mejora del bienestar o al desarrollo de emociones positivas radica en conseguir que los resultados no sean sólo temporales sino que se consoliden y se mantengan en el individuo. Las diferentes investigaciones sobre el constructo del bienestar han mostrado como el 50% de la variabilidad del bienestar es genético, por lo que cualquier intervención debe ir dirigida al 40% modificable, y elegir adecuadamente las herramientas de evaluación de su eficacia para así corroborar la efectividad de la intervención en la línea de la psicología positiva aplicada.

#### **e) La psicología positiva en el medio penitenciario**

La perspectiva positiva en psicología todavía no se ha abierto camino en el ámbito penitenciario. Son, por el momento, escasos los estudios científicos en esta línea, especialmente en nuestro país. Debemos recordar que la psicología penitenciaria es un área de la disciplina psicológica bastante desconocida y de escaso interés desde un punto de vista científico. Si a esto se une el hecho de que la psicología positiva es un área relativamente joven de la psicología, parece lógico pensar que no haya habido todavía ocasiones para que ambas hayan encontrado un punto de encuentro.

Sin embargo, teniendo en cuenta lo comentado hasta ahora sobre la psicología positiva, es un reto a la vez que algo prioritario el intentar acercar la perspectiva de la psicología positiva al trabajo con personas privadas de libertad. El fomento de la investigación sobre las capacidades y competencias personales, los recursos positivos o las emociones positivas y su conexión con la mejora del estado de salud mental y la disminución de conductas de riesgo (agresividad, consumo de drogas, suicidio), o el diseño y aplicación de programas específicos de promoción del bienestar en el medio penitenciario, son sólo algunas de las posibilidades que la Institución Penitenciaria y sus profesionales tienen en el marco de esta nueva perspectiva positiva.

Cambiando el punto de mira del diagnóstico y tratamiento de los reclusos para hacerlo desde la psicología positiva, conseguiremos:

- Superar los conceptos centrados en la patología y las teorías criminales y avanzar en una visión más positiva de la persona privada de libertad, integrando, así, una

terminología positiva en el modelo de salud, y dejando a un lado los modelos patogénicos, con el fin de contrarrestar expresiones negativas y pesimistas también en el contexto penitenciario.

- Crear nuevos instrumentos de evaluación, desde la psicología positiva, que respondan a las características y contexto propios de la población reclusa, y se centren en identificar los recursos y fortalezas del interno, permitiendo una evaluación más integral de la persona, con el fin de orientar de una manera más óptima los fines de reeducación y reinserción social que tiene el tratamiento penitenciario.
- Diseñar programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales que ayuden al interno a superar su trayectoria delictiva, disminuir los niveles de estrés derivados del encarcelamiento, y aumentar su motivación por aprovechar adecuadamente su estancia en prisión. Entre estos programas de intervención debería ser prioritaria la mejora del bienestar de los reclusos con un fin preventivo, además de la intervención psicológica positiva con internos que padecen problemas de salud mental.

Podemos prever así que las aportaciones que la psicología positiva haga al medio penitenciario serán muy significativas tanto en la evaluación como en la intervención con el colectivo de reclusos:

#### **Evaluación positiva en prisión**

A la hora de evaluar, la psicología positiva permite valorar aspectos que van más allá de los problemas psicopatológicos, el riesgo de reincidencia, o la peligrosidad del individuo. Incluye tanto las necesidades de la persona como los recursos personales con los que cuenta. Por tanto, aporta un perfil de competencias y capacidades que complementa la valoración tradicional que se hace del recluso, limitada a evaluar personalidad, trayectoria delictiva, entorno socioeducativo, problemática de drogadicción y de salud mental. Al incluir una evaluación de rasgos positivos y capacidades, conseguiremos una evaluación integral de la persona. En esta evaluación estarán incluidos todos los aspectos a trabajar en la reinserción del interno: tanto los rasgos, problemáticas, carencias y conductas más relacionados con el delito, como aquellas características y cualidades que pueden servir como punto de apoyo

para el desarrollo individual de cada interno y favorece su mejor integración en su vuelta a la vida en libertad.

### **Intervención positiva en prisión**

Como comentábamos, cualquier programa de intervención desarrollado desde la psicología positiva busca el desarrollo de las capacidades y fortalezas en el individuo. Los beneficios de este tipo de programas con población reclusa son obvios. En línea con los resultados de las investigaciones con población general, y partiendo de la premisa de que la consecución de un adecuado bienestar psicológico influye en un mejor estado de salud general, de salud mental - especialmente frente a trastornos de ansiedad y depresión, muy comunes en prisión-, y en un comportamiento positivo, es evidente la importancia de trabajar la mejora del bienestar psicológico de las personas privadas de libertad.

Salvo en casos de graves trastornos mentales (p.e. esquizofrenia o trastornos psicóticos), de determinados tipos de trastorno de personalidad (p.e. psicopatía), o en individuos con un acentuado deterioro cognitivo o con discapacidad mental, no hay nada que haga pensar que la población penitenciaria no sea susceptible de beneficiarse de este tipo de programas.

Una mejora de los recursos personales y un aumento del bienestar del recluso ayudarán a paliar, en mayor o menor medida, los efectos nocivos del encarcelamiento y, de forma indirecta, beneficiará la reinserción social del sujeto, al fomentar una motivación intrínseca del interno por aprovechar los recursos que le brinda la Administración Penitenciaria.

---

Con el fin de contrastar las posibilidades aquí sugeridas sobre la aplicación de la psicología positiva a las áreas de la evaluación e intervención psicológica con población reclusa, es necesario que vayan acompañadas de un adecuado soporte científico para así poder confirmar la importancia y eficacia de este tipo de iniciativa, a la vez que sugerir y mejorar las vías y modos de relacionar de ambas perspectivas, la psicología positiva y la psicología penitenciaria.

## **4. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO**

---

### **a) Introducción**

Tal y como indica Hervás (2009) una de las áreas más importante y de gran impacto social dentro de la psicología positiva es el estudio de las bases del bienestar psicológico, o lo que es lo mismo, el origen y causas de lo que comúnmente llamamos felicidad. Este tema resulta relevante por dos motivos:

- Por ser la felicidad una de las principales metas vitales del ser humano;
- Por las consecuencias derivadas del bienestar psicológico para la salud mental y física de las personas.

### **b) Evolución histórica en el estudio del bienestar**

El constructo teórico de bienestar ha sido estudiado, investigado y analizado por corrientes filosóficas y sociológicas. También ha estado este término influido, refieren Vielma y Alonso (2010), por las reflexiones derivadas de las tradiciones espirituales de Oriente y Occidente: cristianismo, budismo, hinduismo, taoísmo, etc. Es en las últimas décadas del siglo XX cuando el bienestar psicológico se ha convertido en objeto de estudio e interés científico para la psicología.

Sin embargo, no existe dentro de la comunidad científica en esta disciplina un consenso sobre la definición del concepto de bienestar. Siguiendo a Ballesteros y colaboradores (2006) el uso generalizado del término bienestar en la investigación psicológica ha generado controversias y ha dificultado el consenso en su definición y también en su estudio al utilizar este término como sinónimo de constructos como “calidad de vida”, “felicidad”,

“funcionamiento positivo” “auto-concepto”, “locus de control interno”, “salud mental”, “resiliencia” y “motivación”, cuando sus significados no coinciden exactamente.

De hecho, la poca claridad conceptual ha hecho que el término *bienestar* se relacione e iguale históricamente con el término “felicidad”. Es así como los pensadores y filósofos de la época de la Grecia clásica denominaban el bienestar desde la “buena vida”, la cual consideraban una virtud. Aristóteles (véase Fernández-Aguado, 2009), por ejemplo, escribió en profundidad sobre la eudaimonia (felicidad o plenitud), proponiendo que la felicidad era el propósito de la vida, y que vivir de acuerdo a las propias virtudes era la forma de lograr la felicidad. Y en la psicología moderna, la investigación empírica del constructo teórico de bienestar psicológico ha estado precedida por la investigación científica de la felicidad. Por ejemplo, y como mencionábamos al hablar de la psicología positiva, en las décadas cincuenta y sesenta del siglo XX representantes del movimiento humanista como Abraham Maslow y Carl Rogers, recuperaron una visión positiva del ser humano, ahondando en conceptos como la auto-actualización, la madurez y el funcionamiento pleno, interesándose por los procesos y variables relacionados con la consecución de la felicidad, en la línea de la “buena vida” o “eudaimonia” definida por Aristóteles. Estas iniciativas implicaron fuertes refutaciones y cuestionamientos por los defensores del paradigma mecanicista, que como también referíamos ya, iban inicialmente dirigidas a la falta de validez y fiabilidad de los procedimientos metodológicos empleados.

Con el tiempo, y pese a estas dificultades, podemos afirmar, como hace Csikszentmihalyi (1998) que se ha renovado e incrementado notablemente el interés por estudiar el bienestar, su explicación y medición, haciendo un especial énfasis en la comprensión de la dinámica subjetiva de la experiencia individual, en su primacía fenomenológica, en la descripción e interpretación del mismo además de su carácter universal.

En un intento por resumir las diferentes iniciativas que a lo largo de la historia se han interesado por el estudio del bienestar, nos gustaría exponer la propuesta que los autores Ryan y Deci (2001) hacen de dos tradiciones o escuelas diferentes en la evolución histórica de la investigación sobre este constructo, el cual, como decíamos, tradicionalmente se ha identificado con el estudio de la *felicidad*.

Se trata de dos líneas o áreas de estudio diferentes, aunque relacionadas: una vinculada con la felicidad como indicadora de la calidad de vida - escuela hedónica-, y otra ligada al desarrollo del potencial humano -escuela eudaemónica-. Estaríamos hablando, tal y como señalan Díaz y cols. (2005), de dos enfoques relativamente distintos aunque no necesariamente opuestos ya que las tradiciones hedónicas y eudamónicas representan concepciones del mismo proceso psicológico, relacionadas desde un punto de vista teórico pero que se diferenciarían en su vertiente empírica.

### **Perspectiva hedónica**

El hedonismo tiene sus raíces en los filósofos griegos, siendo Epicuro su máximo representante (McMahon, 2006). La principal idea del hedonismo radica en experimentar la mayor cantidad de placer posible (orientado al disfrute y a actividades nobles) y la felicidad sería, por tanto, la suma de momentos placenteros. La continuidad de la filosofía hedónica estuvo en los escritos de filósofos como Hobbes, Sade o la corriente utilitarista en la que se basó la nueva economía del s. XVIII.

En el marco de la psicología moderna, el enfoque hedonista suele identificar el bienestar con el placer y se basa en las experiencias emocionales básicamente satisfactorias, consistiría, por tanto, en un balance subjetivo entre experiencias placenteras y displacenteras (Haybron, 2008).

El bienestar hedónico (Díaz y cols., 2006) es conocido en la investigación científica como *bienestar subjetivo* (Diener, 1984, 2000, 2009; Kahneman y cols. 2003; Cuadra y Florenzano, 2003). Diener (1994) atribuye al bienestar subjetivo tres características: subjetividad, presencia de indicadores positivos - y no únicamente ausencia de indicadores negativos- y valoración global de la vida. Posteriormente este mismo autor ha definido el *bienestar subjetivo* como “una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida” (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999, p. 277).

Esta definición contiene los dos componentes principales del bienestar subjetivo: las respuestas emocionales de las personas o balance afectivo - resultado de restar a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de emociones negativas (Kahneman, 2003)-



, y la satisfacción vital percibida, más estable y con un componente cognitivo (Lucas, Diener, & Suh, 1996). Se pueden diferenciar así dos grandes dimensiones: la dimensión cognitiva y la dimensión emocional o afectiva (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

Ambas dimensiones tiene marcos temporales distintos: la satisfacción vital es un juicio global de la propia vida, mientras que el balance afectivo hace referencia a la frecuencia relativa de afectos placenteros o displacenteros en el momento inmediato (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002)

La revisión de los estudios científicos sobre el bienestar subjetivo confirma que existe acuerdo entre los distintos investigadores con respecto a los elementos que componen su estructura, esto es, la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo.

Por su parte, existen instrumentos de medición tanto para la satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Pavot y Diener, 1993, 2008) como para los dos tipos de afecto, por ejemplo las escalas PANAS y PANAS-X (Watson, Clark Y Tellegen, 1988; Watson y Clark, 1999) traducidas y adaptadas al español (Robles & Páez, 2003). Los estudios realizados con estas herramientas reflejan que las dimensiones de satisfacción vital y afectos positivo y negativo son tres entidades relacionadas pero diferentes, lo que permite corroborar el constructo de bienestar subjetivo.

La perspectiva hedónica cuenta con más tradición en la literatura científica que la perspectiva eudaimónica que expondremos a continuación, y desde ella ha habido mucho interés en la relación entre el bienestar con lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas.

Ejemplo de algunas investigaciones recientes en este sentido sería el trabajo de Tarazona (2005) que aplica la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener y colaboradores a estudiantes de escuelas pública y privada. Los resultados mostraron una correlación significativa entre la autoestima y el grado de satisfacción de los participantes, y se observó cómo para ambas variables los varones alcanzaban un nivel más alto de bienestar subjetivo que las mujeres en la escuela privada, mientras que el resultado de hombres y mujeres pertenecientes a la escuela pública era de un nivel bajo de bienestar subjetivo.

Otro interesante trabajo es el de Inga y Vara (2006), que realizaron un estudio sobre los factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima. Las

variables que se asociaron en este trabajo fueron, sobre todo, resentimiento, satisfacción de vida, maltrato, dependencia y apoyo social. Sus resultados muestran que el resentimiento fue el factor más asociado a la satisfacción de vida, seguido del nivel de instrucción, el apoyo social recibido, el consumo de sustancias psicoactivas, y el maltrato familiar.

Debemos, por último, señalar que a pesar de contar con una prolífera literatura científica en torno al bienestar hedónico o subjetivo, se echa en falta un mayor desarrollo teórico sobre este constructo.

### **Perspectiva eudaimónica**

Tal y como exponen Avia & Vázquez (1998) el principal referente de esta perspectiva fue Aristóteles, que en su *Ética a Nicómaco*, invitaba a los hombres a vivir de acuerdo con su *daimon*, ideal o criterio de perfección hacia el que uno aspira y que dota de sentido a su vida. Todos los esfuerzos por vivir de acuerdo con ese *daimon* y hacer que se cumplan y logren las propias potencialidades se considera que darán lugar a un estado óptimo, la *eudaimonia*.

El enfoque eudaimónico defiende un concepto de bienestar que trasciende el estado de felicidad. El bienestar consiste así en algo más que sólo sentirse bien o presentar un estado positivo de afectividad o satisfacción en un determinado momento, o en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas (Ryan & Deci, 2001). En este sentido Ryan y Deci (2001) defienden que lograr las cosas valoradas no siempre lleva a obtener bienestar, independientemente del placer que produzca ese logro.

Esta perspectiva considera que el bienestar se sustenta en la actualización de las potencialidades humanas (Deci y Ryan, 2006), enfatizando los procesos de maduración y desarrollo personal y aquellos aspectos relacionados con la salud mental que devienen en un estado de funcionamiento pleno –cognitivo y afectivo– del sujeto (Díaz y cols. 2005). Desde este punto de vista, el bienestar no es un estado final o un resultado, sino un proceso de realización con una inherente intención hacia la vida (Deci y Ryan, 2006).

El concepto central del enfoque eudaimónico sería el de *bienestar psicológico*, propuesto por Carol Ryff en su modelo multidimensional de bienestar psicológico (Ryff y Keyes, 1995), y que define como “el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo y “el

esfuerzo por perfeccionar el propio potencial (Ryff, 1989, p. 36; 1995, p. 725),”. Este será el concepto que utilizemos para el desarrollo empírico de esta tesis.

Ryff (1989) considera que los postulados del bienestar subjetivo planteados desde la perspectiva hedónica han olvidado importantes aspectos del funcionamiento positivo. Para superar estas limitaciones, esta autora propone el término de *bienestar psicológico* en contraposición al término de *bienestar subjetivo*. Con este nuevo constructo pretende hacer una clara distinción entre el estado hedonista de sentirse bien, y el proceso eudaimónico de crecimiento y desarrollo.

Además, critica esta autora, que las medidas del bienestar han adolecido históricamente de una escasa base teórica, por lo que elaboró una medida de evaluación del constructo de bienestar psicológico de acuerdo a su definición y modelo teórico, que permitiera suplir esta carencia histórica. Más adelante se expondrá en detalle el modelo teórico y escala de evaluación propuestos por esta autora –pp.74-.

Por otro lado, la *teoría de la autodeterminación* que proponen Ryan & Deci (2000) también liga la idea de eudaimonia a la de autorrealización, como un aspecto central en la definición del bienestar. Esta teoría se basa en una de las premisas básicas del humanismo, que sostiene que el bienestar es fundamentalmente consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo. Este funcionamiento psicológico sano implica una adecuada satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y vinculación), además de un sistema de metas congruente y coherente (Deci & Ryan, 2000).

En relación con la investigación científica del bienestar psicológico, referir que se han empleado estos últimos años una gran variedad de alternativas metodológicas para su investigación, tanto de tipo cualitativo como cuantitativo.

- De tipo *cualitativo* (Bisquerra, 2000): biografías, historias de vida, auto-descripciones verbales, técnica de entrevista en diferentes modalidades, encuestas y cuestionarios.
- Instrumentos *cuantitativos*: miden uno o varios componentes del bienestar psicológico. Como ejemplo: Escala de Bienestar Psicológico (Sánchez- Cánovas, 1994), Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener, 1984), Escala para Evaluar el

Nivel de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A; Casullo, 2002), Escala para evaluar el Nivel de Bienestar Psicológico en Adolescentes (BIEPS-J; Casullo, 2002), y la Escala de Bienestar Psicológico y de Factores Multidimensionales (SPWB; Ryff, 1989), con una versión adaptada al español por van Dierendonck (2004) y otra más reciente validada y adaptada por Díaz et ál (2006).

En relación con las variables asociadas con el bienestar eudaimónico, tal y como refieren García-Viniegras y González (2005) la literatura científica ha identificado *características personales* vinculadas a este constructo como son: poseer un nivel adecuado de autoestima y auto-eficacia, tener la habilidad para adaptarse a las exigencias de una situación imprevista o novedosa, ser tolerante a la frustración, poder manejar adecuadamente el estrés, demostrar capacidad afiliativa y de iniciativa, ser optimista, poseer objetivos vitales y proyecto de vida. Por su parte, también hay estudios que han revelado fuertes críticas hacia esta definición del bienestar, al ignorar otros de sus componentes, como son la ausencia de malestar o la presencia de trastornos psicológicos.

---

Una vez diferenciadas las perspectivas hedónica y eudaimónica en la evolución histórica en torno al bienestar, conviene referir que algunas de las dificultades en el estudio científico del este constructo teórico han estado en el hecho de que los términos de “bienestar subjetivo” y “bienestar psicológico” no han sido aceptados como únicos a nivel mundial. Algunos psicólogos han cuestionado, por ejemplo, la redundancia de utilizar el calificativo “subjetivo” ya que, a su juicio, en el término bienestar ya está implicada de manera obvia la experiencia personal (García-Viniegras y González, 2000). Otros, por su parte, proponen prestar especial atención, al hablar de bienestar psicológico, a su condición de ser una “experiencia subjetiva” para diferenciarlo de otras manifestaciones psíquicas, como el bienestar “espiritual”, “social”, “colectivo”, “laboral”, “familiar” o de “pareja”; o para resaltar las diferencias entre el “bienestar individual” y el “bienestar de los demás” (Vielma y Alonso, 2010).

Además, la relación entre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo ha mostrado ser compleja y se ha encontrado que ambas líneas de investigaciones están conceptualmente relacionadas pero son empíricamente distintas. Y parece ser que la combinación de estos

constructos se relaciona de diferente forma con variables de personalidad y con factores sociodemográficos. Una de las investigaciones que confirma esto último es el estudio realizado por Compton, Smith, Cornish y Qualls (1996) donde utilizaron 18 indicadores de bienestar y salud mental. Identificaron dos factores, uno que parecía reflejar el bienestar subjetivo, y otro, el crecimiento personal. Resultados similares han sido encontrados por King y Napa (1998) quienes al preguntarles a personas sin experiencia en el tema del bienestar, sobre las características para una buena vida, comprobaron que tanto los afectos positivos asociados a la felicidad como el sentido de vida, eran importantes, por lo que se hace necesaria la complementación de ambos constructos para una definición completa del bienestar.

Una propuesta actual para intentar salvar estas dificultades y acercar ambos constructos, - bienestar psicológico y bienestar subjetivo-, es la que realizan Vielma y Alonso (2010) que sugieren el término de *bienestar psicológico subjetivo*, partiendo de los puntos de encuentro en vez de resaltar las diferencias entre ambas definiciones. El *bienestar psicológico subjetivo* consideran que debe incluir los siguientes componentes:

- a. Un eje afectivo-emocional, que comprende la frecuencia y el grado de intensidad del afecto positivo (placer y felicidad) y la ausencia de emociones negativas (depresión y ansiedad) asociados a motivaciones inconscientes.
- b. Un eje cognitivo-valorativo (García-Viniegras y González, 2005; Diener, 1984), referido al grado de satisfacción vital mantenido por un período de tiempo más o menos estable, y según los juicios valorativos de la persona y sus metas determinadas de forma consciente (pensamientos y actitudes).
- c. Un eje social, vincular o contextual de la personalidad (Cuadra y Florenzano, 2003) relacionado con los rasgos de la personalidad, las interacciones sociales y las condiciones del contexto histórico, social, y cultural en el que se desarrolla la vida cotidiana del individuo.

En esta misma línea, ya en el año 2000 el modelo teórico propuesto por Keyes también consideraba la inclusión de ambos constructos como dimensiones integradas en un mismo concepto de bienestar -véase página 74- (Keyes, 2000; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002).

Dicho todo esto, vemos como a pesar de una larga tradición en el interés y estudio de la

felicidad y del bienestar, la definición y medida de este constructo dentro del campo de la psicología todavía en su etapa inicial, aunque sí que se aprecia un importante avance e impulso en los últimos años en su investigación y desarrollo teórico.

### c) **El bienestar como funcionamiento psicológico positivo**

Como podemos deducir del apartado anterior, todavía no existe un consenso dentro de la comunidad científica para una definición global e integral del término de bienestar, en el cual se incardinan las características definidas por las perspectivas hedónica y eudaimónica.

Es por ello que en esta tesis hemos preferido, para su estudio y análisis en el contexto penitenciario, el constructo de bienestar desde una perspectiva eudaimónica, esto es, como *funcionamiento psicológico óptimo* o *bienestar psicológico*.

La mayor parte de las influencias en la definición actual del concepto de *bienestar psicológico* provienen de modelos de desarrollo y de ciclo vital, de modelos motivacionales y de la propia psicología positiva, como se observa en las construcciones teóricas de Bradburn (1969), Ryff (1989), Ryff y Keyes (1995); Keyes (2000; 2005), Vaillant (2000) y Cuadra y Florenzano (2003).

Algunas de las definiciones actuales del término *bienestar psicológico* serían las siguientes:

- La clave del *bienestar psicológico* está para Waterman (1993) en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas.
- González-Méndez (2005) define el *bienestar psicológico* en relación con el estado mental y emocional de una persona, que determina su funcionamiento psíquico óptimo de acuerdo a su paradigma personal y al modo de adecuarse a las exigencias internas y externas del entorno físico y social. También relaciona el bienestar con las creencias que orientan las acciones de las personas y el significado atribuido a sus experiencias previas.
- Salotti (2006) y Salanova y cols. (2005) señalan que el *bienestar psicológico* es el resultado de la percepción sobre logros alcanzados en la vida y el grado de satisfacción personal con lo que se ha hecho, se está haciendo o puede hacerse.

- Para Ryan, Huta & Deci (2008) el *bienestar psicológico* se refiere a vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos.
- Vázquez y colaboradores (2009) entienden el *bienestar psicológico* como consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno a partir del cual la persona desarrolla todo su potencial.

Todas estas definiciones son posteriores y tienen como referencia la propuesta de Carol Ryff con su *modelo multidimensional de bienestar psicológico*, y tienen mucho en común con el modo en que esta autora entiende el término bienestar psicológico.

Es por ello que la definición que nosotros hemos considerado para el desarrollo de esta tesis es la que la propia Carol Ryff (1989) hace del constructo *bienestar psicológico*, considerándolo como “el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo, el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial” (Ryff, 1989, p. 35 ; 1995, p. 725). De este modo, el bienestar psicológico tiene que ver con que la vida adquiera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y con conseguir metas valiosas. Así, la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos.

Ryff hizo hincapié en la responsabilidad del individuo en encontrar el significado de su existencia, incluso frente a realidades adversas. De entre las diferentes situaciones adversas que una persona puede afrontar a lo largo de su vida, el encarcelamiento supone una de las circunstancias más duras y más difíciles a hacer frente en el caso de que le suceda.

#### **d) Relación entre bienestar psicológico y salud**

En la actualidad, tal y como plantean Almedom & Glandon (2007) resulta obvio que tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino que además debe incluir el disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades.

Pero esto no siempre ha sido así, de hecho, es relativamente reciente el cambio paulatino de un enfoque tradicional centrado en el síntoma y la enfermedad hacia un concepto de salud cada vez más amplio, que incluya aspectos del bienestar psicológico o funcionamiento

óptimo personal y no se defina únicamente por la ausencia de enfermedad (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2000).

Autores como Stuhlmiller & Dunning (2000) defienden la importancia de adoptar, en lugar de un paradigma patogénico, un paradigma salutogénico o saludable para la conceptualización, investigación, diseño y aplicación de intervenciones efectivas, no sólo en relación con la salud, sino también ante el trauma o la adversidad.

Para avanzar en la línea de investigación que relaciona bienestar psicológico y salud, se hace necesario replantearse formas de pensamiento, conceptos y modelos diferentes a los que han prevalecido hasta ahora, como son los modelos de salud, y también contar con sólidos modelos de bienestar psicológico.

Exponemos a continuación las principales aportaciones científicas que se han podido revisar en la relación tanto entre el bienestar psicológico y la salud física, como dicho bienestar psicológico y el estado salud mental.

#### **Bienestar psicológico y salud física**

En 1946 se pone ya de manifiesto el interés e importancia de la relación entre bienestar y salud cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna de 1946 (OMS, 1948) hace pivotar la idea de salud en torno al bienestar, al definir la salud como “un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En esta línea, la Federación Mundial para la Salud Mental en 1962 definía la salud como “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes” y en la declaración final de la primera reunión de la OMS sobre promoción de la salud, celebrada en Ottawa en 1986, se confirmaba el interés por entender la salud desde una nueva perspectiva positiva, al afirmar que: “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía”.

A pesar de este cambio de enfoque en la definición de salud, ha habido que esperar a las últimas dos décadas para que la relación entre bienestar y salud se consolide y se convierta en objeto de estudio de numerosos investigadores y científicos (Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenewald, 2000). Los resultados obtenidos han permitido confirmar que los estados positivos a nivel psicológico no sólo forman parte integral de la salud, sino que



además pueden tener relación con la aparición o no de enfermedades y de problemas físicos y mentales, así como en los procesos de recuperación de las mismas.

Diferentes estudios han resaltado, por ejemplo, que aquellos individuos más felices y satisfechos sufren menor malestar, tienen mejores apreciaciones personales, un mejor dominio del entorno y un manejo de los vínculos interpersonales más saludable (Veenhoven, 1991, 1993, 2003; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995; Argyle y Martín, 1991). Otras investigaciones han mostrado como cada vez es más evidente que el afecto positivo tiene un papel muy importante para la salud, aunque sea aún pronto para establecer relaciones causales definitivas. De hecho, autores como Cohen y cols. (2006), Ostir y cols. (2000) o Danner y cols. (2001) han puesto de manifiesto como la relación entre afectos positivos y enfermedad es todavía más significativa que la relación entre afectos negativos y enfermedad:

- Cohen, Alper, Doyle, Treanor & Turner (2006), por ejemplo, comprobaron que existía asociación entre afecto positivo y menores tasas de enfermedad, y cuando se empleaban ambas variables simultáneamente como predictoras, el afecto negativo dejaba de ser un predictor significativo de enfermedad.

- Ostir, Markides, Black & Goodwin (2000), por su parte, demostraron que la presencia de afecto positivo o bienestar emocional tiene un impacto diferente a la ausencia de depresión o afecto negativo, y que precisamente el afecto positivo parece proteger a los individuos del deterioro físico producido por la edad, afectando positivamente a su independencia funcional y a su esperanza de vida, llegando incluso a predecir con éxito quienes vivirían y quienes morirían. Estos mismos investigadores han demostrado también la relación entre presencia de afecto positivo y disminución del riesgo de infarto de miocardio y de apoplejía (Ostir y cols. 2001). Han demostrado incluso que el afecto positivo no sólo contribuye a disminuir el riesgo de enfermedad sino que parece facilitar la recuperación de la misma (Ostir et al, 2002).

También otros estudios han mostrado que la capacidad para mantenerse optimista puede ser un factor protector de la salud física, aunque sea de forma poco realista (Reed y cols., 1994; 1999; Taylor y cols., 1992, 2000; Segestrom y cols. 1998; Kemeny, 2009) y la capacidad para encontrar un sentido ante la adversidad (Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 1998). Por

ejemplo, en relación con los estilos de pensamiento, Taylor, Kennedy, Reed, Brower y Gruenewald (2000) hallaron que las ilusiones positivas en enfermos de SIDA y cáncer correlacionaban positivamente con una prolongación de su vida en relación con aquellos que tenían una visión realista de su enfermedad. Los pacientes de SIDA que tuvieron una aceptación realista de la enfermedad murieron nueve meses antes que aquellos que tuvieron una ilusión de control. Salovey, Rothman, Detweiler y Steward (2000) también resaltaron la importancia de instalar la esperanza en los pacientes enfermos para mejorar la eficacia de los medicamentos que tomaban. Otros investigadores han observado cómo la buena salud objetiva guarda escasa relación con la sensación de bienestar, importando más la percepción subjetiva de nuestro estado de salud (Vázquez- Barquero, Díez, Ayuso, Lasa, Oviedo, Arriaga, Del Verbrugge, Reoma y Gruber-Baldini, 1994).

En la dicotomía entre bienestar subjetivo o bienestar psicológico y la salud, la literatura científica muestra que el bienestar eudaimónico suele tener una relación más consistente con la salud física que las medidas de bienestar hedónico (Vázquez & Castilla, 2007) posiblemente porque está relacionado con mecanismos de regulación afectiva a medio y largo plazo a través de búsqueda de conductas supervivenciales y de ajuste a las demandas del medio. Por ejemplo, Ryff y colaboradores han observado en mujeres mayores que aquéllas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal, y mejores relaciones interpersonales, presentaban un menor riesgo cardiovascular y una mejor regulación endocrina (Ryff et al., 2006; Ryff, Singer, & Love 2004).

### Bienestar psicológico y salud mental

Centrándonos ahora en el concepto de *salud mental*, este término surge a mediados del siglo XX. Así, en 1950 el Comité de Expertos de la OMS en Salud mental definen la *salud mental* o *higiene mental* como: “Todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico”.

El término de *salud mental* se ha utilizado desde su aparición para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. Es por ello que la distinción entre enfermedad y salud mental

ha resultado polémica. A criterio de Oramas, Santana y Vergara (2007) ambos constructos, enfermedad y salud, constituyen los polos positivos y negativos de un continuo que representa un proceso dinámico de la interacción del sujeto con su entorno.

Tradicionalmente al proceso de salud mental se ha accedido por el polo negativo, obviamente por la necesidad de dar solución inmediata al problema de la enfermedad, predominando en su abordaje un enfoque médico-psicopatológico. Ha sido en las últimas décadas cuando ha proliferado el estudio del proceso de la salud mental en términos positivos. Esta tendencia se ha definido en la literatura científica como *psicología salutogénica*, o también como *psicología positiva*.

Investigadores en el marco de esta perspectiva positiva conciben la *salud mental* como “el estado de funcionamiento óptimo de la persona”, y por tanto, defienden que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo y potencial (Jahoda, 1958; Lluch, 2000).

Una de las propuestas teóricas más importantes dentro de este enfoque es la realizada por Aaron Antonovsky, que en 1979 propone el *modelo de la salutogénesis*, sugiriendo un marco de trabajo centrado en aquellos recursos que representan una fortaleza en los individuos y facilitan el manejo adecuado de situaciones de tensión en sus vidas. Postula este autor una visión positiva de la salud, que persiga el incremento de la cantidad y calidad de vida a lo largo de los años vividos. Los ejes centrales de este modelo son: el concepto de sentido de coherencia y el de recursos de resistencia generalizados.

- a) *Sentido de coherencia*: Antonovsky (1979) sostiene que las personas se mantienen sanas en gran medida debido a que desarrollan el “sentido de la coherencia”, que se caracteriza por un sentido de confianza en el que el mundo es predecible y de que hay una gran probabilidad de que las cosas vayan tan bien como razonablemente se puede esperar que vayan.
- b) *Recursos de resistencia generalizados*: Este modelo concibe al individuo como un sujeto activo y fuerte, con una capacidad natural a resistir las adversidades que se presentan en la vida. Se centra en los factores que promueven el afrontamiento adaptativo, y en aquellos elementos que acercan al sujeto al polo del bienestar y la salud. Se interesa por estudiar y conocer los recursos personales que permiten

desarrollar estilos de vida minimizadores del estrés y enfrentar de una manera activa y positiva situaciones de la vida, y situaciones especialmente estresantes como puede ser una enfermedad o la estancia en prisión.

En esta línea, y en el marco de la salud mental positiva, una aportación teórica también muy destacada y conocida dentro de las variables de personalidad positiva es el constructo de *personalidad resistente* desarrollado por Kobasa y Maddi (Kobasa, 1979, 1982; Kobasa y Maddi, 1982;), que ha sido ampliamente utilizada para comprender los procesos vinculados a la salud-enfermedad. Este constructo estaría relacionado con el concepto “sentido de coherencia” antes mencionado de Antonovsky.

En los años ochenta, Kobasa y Madi desarrollaron el concepto de personalidad resistente o “hardiness”, estudiando a aquellas personas que parecían tener unas características de personalidad que les protegían frente a hechos vitales negativos, aquellos que “no se enferman” en situación estrés y para las que las situaciones estresantes pueden suponer oportunidades de enriquecimiento. Las bases conceptuales para este enfoque parten de la psicología existencial de Víctor Frankl, y las investigaciones en relación con la teoría del Locus de control de Mischel (1968). A pesar del énfasis en los aspectos positivos, el enfoque de Kobasa se diferencia de la psicología existencial es que es anti-rasgo y define al ser humano como portador de una serie de cualidades cambiantes con el tiempo, en función del trabajo de construcción personal.

Según Kobasa (1982), los individuos con personalidad resistente se enfrentan de forma activa y comprometida a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos amenazantes. La personalidad resistente al estrés está integrada por tres componentes: compromiso, control y reto.

- a) *Compromiso*: tendencia a desarrollar conductas caracterizadas por la implicación personal, la tendencia a identificarse con lo que se hace y con el propio trabajo. Tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida, incluido el trabajo, las relaciones interpersonales y las instituciones sociales. El compromiso no tiene sólo una dimensión individual sino colectiva (existir con otros), es decir, sentir que es posible ayudar a otros en situaciones estresantes si otros lo necesitan.

- b) *Control*: convicción que tiene la persona de poder intervenir en el curso de los acontecimientos, es decir, la sensación que tienen los sujetos de que pueden influir en los acontecimientos. Las situaciones son analizadas, se convierten en predecibles y se desarrollan estrategias de afrontamiento. Peñacoba y Moreno (1998), en su revisión del tema destacan que Kobasa no consideraba suficientemente los estudios que indican los efectos negativos de la dimensión control en situaciones de fracaso. El control sería bueno sólo cuando se sigue de un número razonable de éxitos.
- c) *Reto*: hace referencia a la percepción de los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento. Se consideran las situaciones como oportunidades e incentivos para el crecimiento personal y no como amenazas a la propia seguridad. Esto se relaciona con flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad. Dado que el cambio no es una amenaza, no se requiere autocontrol para superarlo.

A partir de diferentes estudios científicos se ha encontrado que las personas con altas puntuaciones en personalidad resistente son menos propensos a padecer enfermedades físicas (Contrada, 1989; Funk, 1992), más optimistas (Scheier y Carver, 1987), menos estresados (Maddi y Kobasa, 1984), con una mayor variedad de estrategias de afrontamiento (Wiebe, 1991) y menos desgastados profesionalmente (Lee y Ashfort, 1990; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001; Rowe, 1997).

Más recientemente, y a partir de las propuestas y modelos teóricos en el plano de la salud positiva, Moreno-Jimenez y colaboradores (2005) han realizado una interesante propuesta teórica: el *Modelo Procesual de Personalidad Positiva y Salud*. Esta propuesta pretende ser un modelo integral que aúna dimensiones analizadas y compartidas por los modelos salutogénicos previos, y las relaciona con otras variables complementarias como las que hacen referencia a las *competencias emocionales* del individuo. Esta propuesta concibe que la personalidad de los participantes es *activa*, es decir, los individuos tienen la capacidad suficiente para intervenir modificando, al menos parcialmente, su contexto y así son capaces de mantener de alguna forma de control sobre el ambiente que les rodea con una conducta constructiva. Esta conducta proactiva les permitirá aprender de todo tipo de experiencias, aunque sean aparentemente negativas, y obtener así mejores resultados en el futuro. En este

modelo se trabaja, por tanto, en la concepción de las dificultades como oportunidades de avanzar y en la percepción de poseer las habilidades y recursos necesarios para ello. Además, el modelo considera la personalidad como proceso que se interrelaciona con un concepto de salud positiva, y está formado por múltiples facetas, no por rasgos inamovibles. En relación con las situaciones de estrés, la personalidad actúa modulando dichas situaciones de estrés desde los planos cognitivo, motivacional, conductual y emocional del sujeto en relación con su ambiente.

Por su parte, en lo que se refiere a la relación entre el bienestar y salud mental, algunos de los aspectos psicológicos que han sido objeto de mayor interés por su relación con el estado mental del individuo han sido: el sentido de coherencia, las fortalezas, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la resiliencia, los mecanismos de defensa, las estrategias de afrontamiento, el bienestar subjetivo o el bienestar psicológico.

En este sentido, Compton, Smith, Cornish y Qualls (1996) han revisado las tres líneas más comunes encontradas en la literatura científica para relacionar bienestar psicológico y salud mental: la del crecimiento personal, la del bienestar subjetivo y la de las teorías de la personalidad resistente al estrés, y han podido comprobar que las tres postulan que el auto-concepto positivo, el sentido de autonomía, el apoyo social y el locus de control interno son predictores significativos de salud mental.

Se ha podido confirmar también que el bienestar psicológico parece servir como un elemento amortiguador (buffer) o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas (Fredrickson, 2009). Así, diferentes estudios preventivos han mostrado que existen fortalezas humanas que actúan como amortiguadoras de la enfermedad mental y cualidades como el optimismo, la esperanza, la capacidad de crecer personalmente, la honestidad o la perseverancia influyen positivamente en la prevención de enfermedades (Seligman, 2003).

También muestran las investigaciones el importante papel que las emociones positivas pueden jugar en relación con la salud mental. Las emociones positivas protegen por ejemplo, frente a la depresión, incluso después de haber pasado una experiencia realmente traumática. Recordemos el trabajo mencionado ya de Fredrickson (2003) en el que se evidenció que las personas que, junto a las emociones dominantes de angustia, miedo, disgusto y desprecio, experimentaron también tras los atentados emociones positivas de gratitud, interés, amor,

esperanza, orgullo, etc., presentaban menos síntomas depresivos y más optimismo, satisfacción con la vida y tranquilidad.

Otro dato también muy interesante en este sentido radica en que se ha podido comprobar que los rasgos positivos ayudan a las personas, además de a hacer frente a las dificultades diarias, a afrontar situaciones que pueden ser intensamente estresantes e incluso amenazantes de la propia existencia (Taylor y cols., 2000).

Como *conclusión* a este apartado sobre la relación entre bienestar psicológico y salud, las investigaciones que hemos mencionado nos permiten confirmar que el bienestar psicológico no sólo está asociado a una mayor satisfacción psicológica del individuo, sino que tiene, además, importantes implicaciones para su estado de salud, tanto física como mental. Hemos podido ver que el constructo de bienestar juega un papel relevante en la prevención y recuperación de condiciones y enfermedades físicas, en la mejora del estado de salud mental, y en las conductas positivas, llegando incluso a aumentar la esperanza de vida.

#### e) **Modelos de bienestar psicológico**

Tradicionalmente, una primera distinción de los modelos existentes en relación con el concepto de bienestar ha sido entre los modelos de “arriba-abajo” y los modelos de “abajo-arriba”.

**1. Modelos de “arriba-abajo”:** Los también llamados modelos “Top-down” mantienen que las personas están predispuestas a vivenciar y reaccionar ante los eventos y circunstancias asumiendo actitudes positivas o negativas en la vida diaria de acuerdo a los rasgos de su personalidad, el modo en que perciben la situación y el papel que cumplen determinados factores según cada caso concreto. De acuerdo a esta premisa, las personas felices lo son porque les gusta sentirse así y no porque están satisfechas todo el tiempo. Dentro de esta vertiente, se ubica el modelo homeostático del bienestar psicológico en el que se incluyen la extraversión, la felicidad y características de la personalidad, como son: la percepción de control, la autoestima y el optimismo vital.

**2. Modelos de “abajo-arriba”:** Los modelos de “Bottom-up” consideran que el bienestar es consecuencia de la suma de momentos y experiencias placenteras y

displacenteras o resultado de la satisfacción en diferentes dominios, de modo que una persona solo está satisfecha cuando ha experimentado muchos momentos placenteros y satisfactorios. Entre estos modelos “finalistas” se ubican las teorías humanistas de Maslow (1968) y Murray (1965) al plantear que el bienestar se logra cuando una necesidad ha sido satisfecha y dar especial importancia al modo en que varían las jerarquías de necesidades de una persona a otra, de acuerdo a la satisfacción de aspectos carenciales. También se incluyen el modelo de la Autoconcordancia propuesto por Sheldon y Elliot a finales de la década de los noventa, que defiende que las necesidades humanas no se consideran universales sino mediadas por los intereses de cada persona en particular (Salotti, 2006).

---

A continuación pasamos a detallar las propuestas teóricas actuales más importantes en relación con el constructo de *bienestar psicológico*, en base a la definición que hemos considerado en esta tesis, esto es, como funcionamiento psicológico positivo.

#### **Modelo de Salud Positiva de Jahoda (1958)**

Con objeto de delimitar el concepto de salud mental desde una perspectiva positiva, Jahoda propone un modelo teórico en el que expone una serie de criterios (más teóricos que derivados de la experimentación científica) que caracterizarían un estado de salud mental positivo. En concreto, propone seis criterios fundamentales con varias dimensiones relacionadas con cada uno:

- *Actitudes hacia sí mismo*: accesibilidad del yo a la conciencia; concordancia yo real-yo ideal; sentimientos hacia uno mismo (autoestima), sentido de identidad.
- *Crecimiento, desarrollo y autoactualización*: motivación general hacia la vida; implicación en la vida.
- *Integración*: equilibrio de las fuerzas psíquicas (equilibrio entre el ello, el yo y e superyó o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes); visió integral de la vida; resistencia al estrés.
- *Autonomía*: autorregulación; conducta independiente.



- *Percepción de la realidad*: percepción no distorsionada; empatía o sensibilidad social.
- *Control ambiental*: capacidad de amar; adecuación en el amor, el trabajo y el juego; adecuación en las relaciones interpersonales; eficiencia en el manejo de demandas situacionales; capacidad de adaptación y ajuste; eficiencia en resolución de problemas.

Lo interesante de este modelo está en el hecho de que detalla las dimensiones que forman cada criterio. Además, esta autora en su propuesta hace patente la necesidad de crear herramientas de medida y desarrollar futuras vías de investigación para validar su modelo.

Esta autora se centra en la salud mental del individuo, pero asume la necesidad de tener en cuenta aspectos de salud física y sociales, sin embargo no llegó a desarrollos específicos en este sentido. Lamentablemente, su propuesta no ha tenido, a posteriori, el suficiente desarrollo teórico ni empírico, pero sí que ha servido como referencia para otros modelos como el de Ryff.

#### **Teoría de la Autodeterminación de Ryan y Deci (1985, 2000)**

Estos autores proponen una teoría basada en los principios humanistas, acompañando su propuesta de un sólida base empírica. Parten de la premisa humanista: el bienestar es principalmente la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo (Rogers, 1963) y no tanto de la frecuencia de experiencias placenteras.

Consideran así que el funcionamiento psicológico sano implica (Ryan & Deci, 1985, 2000):

- Una adecuada satisfacción de las necesidades psicológicas básicas (vinculación, competencia y autonomía) y,
- Un sistema de metas congruente y coherente; es decir, las metas deben ser:
  - Mejor intrínsecas que extrínsecas
  - Coherentes con los propios intereses y valores y con las necesidades psicológicas básicas
  - Coherentes entre sí.

Las necesidades básicas de vinculación, competencia y autonomía serían los nutrientes básicos e innatos esenciales para el bienestar psicológico (Ryan y Deci, 2000). El concepto de necesidad básica es recuperado de autores como Murray (1938), White (1959) o Maslow (1943). Hay otros investigadores que plantean la existencia de otras necesidades básicas adicionales, como la seguridad (Maslow, 1943) o el sentido vital (Frankl, 1946/2004).

Defiende esta teoría que la experiencia temprana de deprivación en una o varias de las necesidades básicas mencionadas puede generar la aparición de necesidades substitutivas o motivos compensatorios para reducir la sensación de insatisfacción (Ryan y Deci, 2000). Cuando las necesidades substitutivas se mantienen por tiempo prolongado se puede producir un círculo vicioso que generaría más y más insatisfacción.

Estudios empíricos en esta línea han mostrado que, por ejemplo, personas con mayor satisfacción percibida en las necesidades básicas tienen mayores niveles de bienestar cotidiano (Reis y cols., 2000); o que en la predicción del bienestar es más importante un equilibrio en la satisfacción de las necesidades básicas que un nivel alto de satisfacción en alguna de ellas (Sheldon y Niemiec, 2006). También se ha comprobado científicamente que aquellos que presentan metas coherentes con sus intereses, valores y necesidades (Sheldon y Elliot, 1999) o aquellos con metas internamente congruentes entre sí (Sheldon y Kasser, 1995) muestran mayores niveles de bienestar.

#### **Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico de Ryff (1989, 1995)**

Este modelo, que desarrollaremos en detalle en el apartado siguiente, toma como referentes el modelo de salud positiva de Jahoda, los modelos de ciclo vital y los postulados de la psicología humanista.

Su autora, Carol Ryff, propone un modelo multidimensional para explicar el concepto de bienestar psicológico, es decir, de un funcionamiento psicológico óptimo. Cada una de estas dimensiones supone un reto diferente que encuentran las personas en su esfuerzo por funcionar positivamente (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryff & Keyes, 1995). De esta manera, las personas que presentan bienestar eudaimónico (Ryff y Singer, 1995):

- a) se sienten bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones (*autoaceptación*);

- b) han desarrollado y mantenido relaciones cálidas con los demás (Relaciones positivas con los otros);
- c) dan forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseos (Control ambiental);
- d) han desarrollado un marcado sentido de individualidad y de libertad personal (Autonomía);
- e) han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y retos (Propósito en la vida) y, por último,
- f) mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades (Crecimiento personal).

#### **Modelo de las Tres Vías de Seligman (2002)**

No se trata de una teoría o modelo sino más bien de una forma de estructurar inicialmente la investigación en torno al bienestar en el marco de la psicología positiva.

Según Seligman, las tres vías fundamentales a través de las cuales podemos iniciar o perseguir el camino de la felicidad son:

- La vida placentera: esta vía persigue aumentar las emociones positivas en el pasado, en el presente y en el futuro.
- La vida comprometida: se trata de la puesta en práctica de las fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas, de flujo de conciencia ("flow").
- La vida significativa: esta vía incluiría el sentido de la vida y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo.

Estas dimensiones tendrían una determinada jerarquía para la construcción del bienestar: el desarrollo de la vida comprometida y de la vida significativa pueden tener una mayor importancia que la vida placentera en ese fin último (Duckworth y Seligman, 2005).

#### **Modelo de Bienestar y Salud Mental de Keyes (2003, 2005)**

Esta autora parte del modelo multidimensional de Ryff (1989), y lo expande para cubrir aspectos hedónicos y lo que ella denomina “bienestar social”, (Keyes y Waterman, 2003; Keyes, 2005). De esta manera, distingue tres diferentes ámbitos para operativizar la salud mental positiva:

- a) Bienestar emocional (alto afecto positivo y bajo afecto negativo y elevada satisfacción vital).
- b) Bienestar psicológico (incorpora las seis dimensiones del modelo de Ryff)
- c) Bienestar social.

El bienestar social sería un elemento complementario del bienestar humano que, aunque medido desde una perspectiva psicológica subjetiva, pertenece menos a la esfera privada y supone incluir criterios más relacionados con el funcionamiento social y comunitario. Se trata de considerar en qué medida el contexto social y cultural en que uno vive es percibido como un entorno nutriente y satisfactorio.

Considera cinco dimensiones en el ámbito del bienestar social: coherencia social; integración social; contribución social; actualización social -marco que crece y se desarrolla-; aceptación social -actitudes benévolas y positivas hacia la gente-.

#### **Modelo pragmático de Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006)**

Estos autores, en su obra “Positive psychology: Past, present and (possible) future” plantean diferentes variables que promueven y facilitan el bienestar y la calidad de vida, pudiendo ser estas variables fuentes facilitadoras o precursoras de los procesos (recursos psicológicos) y mecanismos. Las fuentes facilitadoras incluyen aspectos genéticos y experiencias tempranas que permiten el desarrollo de recursos psicológicos y mecanismos.

- Los *procesos o recursos psicológicos* ayudan a que las personas tengan bienestar y calidad de vida. Serían los factores que facilitan el funcionamiento óptimo de las personas para poder prevenir el sufrimiento, aumentando y potenciando estos recursos.
- Los *mecanismos o factores extra-psicológicos* estarían formados por los factores sociales, institucionales, económicos, comunitarios, etc., que forman parte de la vida, y que pueden facilitar o impedir la buena vida.

Los resultados obtenidos a partir de estas variables se definen como estados subjetivos, situaciones sociales y/o culturales propias de una vida optima, y algunos ejemplos serían, a nivel subjetivo, la felicidad, el bienestar, la satisfacción, o la salud, desde un nivel interpersonal las comunidades o instituciones positivas y a nivel social los aspectos políticos, económicos, y ambientales que promueven la armonía y tolerancia.

## **5. EL MODELO MULTIDIMENSIONAL DE BIENESTAR PSICOLÓGICO**

---

### **a) Introducción**

En su intento de definir la Salud Mental Positiva, Carol Ryff repasó la investigación y propuestas previas (autores como Maslow, Rogers, Allport, Jung, Jahoda, etc.) para construir un modelo que incluyera los distintos aspectos de funcionamiento humano óptimo (Ryff, 1989, 1995; Ryff y Singer, 1998).

En 1989 esta autora propuso el conocido como “Modelo de la Multidimensionalidad Constructural” o “Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico”, que centra su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo. En este modelo multidimensional, el bienestar psicológico se desarrolla a través del ciclo de vida, se conceptualiza como una meta en ese proceso de desarrollo dirigida a la perfección, y representando el desarrollo del potencial verdadero de cada individuo (Ryff & Singer, 2001).

Además, plantean Ryff y Singer (en prensa) que la cantidad de emociones positivas o de placer no puede considerarse como predictores en si mismos del funcionamiento psicológico óptimo sino como una consecuencia del mismo, definiendo claramente los contornos del bienestar psicológico y su diferencia con el bienestar subjetivo.

### **b) Dimensiones del bienestar psicológico**

Las dimensiones propuestas por esta autora en su Modelo Multidimensional son las siguientes:

### **Autoaceptación**

La *autoaceptación* es uno de los criterios centrales del bienestar psicológico. Se refiere a la actitud positiva o apreciación positiva que una persona tiene de sí misma, el sentirse bien con uno mismo, siendo consciente de sus propias limitaciones.

Para autores como Jahoda (1958) la autoaceptación era una característica central de la salud mental al igual que para Maslow (1968) respecto a la auto-actualización. Jung (1921, en Jacoby, 1990) señalaba la importancia que implicaba integrar la visión de uno mismo, lo que nos gusta y lo que no, y diferenciarla de la de los demás. Y Jung (1933) y Franz (1964) sugirieron que aceptar los propios fracasos es un rasgo que caracteriza a los que logran la plena individuación. Erikson (1959) también incluye la aceptación de los triunfos y desilusiones de la vida pasada al definir la integridad del ego. Este mismo autor, en 1963, refirió que el concepto de autoaceptación es más amplio y profundo que la visión estándar de autoestima, al tratarse más bien de una autoevaluación a largo plazo que involucra conciencia y aceptación de las fortalezas y debilidades personales (Ryff y Singer, 2008).

Ryff considera que una alta autoaceptación estaría referida a tener actitudes positivas hacia uno mismo, reconocer y aceptar múltiples aspectos de uno mismo, incluyendo cualidades buenas y malas, y el sentir afectos positivos respecto a la vida pasada. Por otro lado, una baja autoaceptación consistiría en una sensación de insatisfacción consigo mismo y de decepción respecto a las vivencias pasadas. También implicaría el percibir como problemáticas ciertas cualidades personales y el deseo de ser diferente a quien uno es (Ryff y Keyes, 1995).

### **Relaciones positivas con otros**

Se refiere esta dimensión a la capacidad de mantener *relaciones positivas* con otras personas (Ericsson, 1996; Ryff y Singer, 1998), de tener relaciones estables socialmente significativas, vínculos psicosociales, confianza en las amistades y mostrar capacidad de amar. La capacidad para amar es un componente fundamental del bienestar (Allardt, 1996) y consiguientemente de la salud mental (Ryff, 1989b).

Diferentes aportes teóricos hablaron antes sobre la importancia del amor, la intimidad y las relaciones interpersonales. Así, Jahoda (1958) lo consideraba un componente fundamental para la salud mental; Maslow (1968) defendía que parte de la auto-actualización consistía en tener fuertes emociones de empatía y cariño hacia los otros; Erikson (1963) desde su teoría del desarrollo psicosocial, refería que una de las tareas claves en la etapa del desarrollo adulto era el lograr uniones cercanas con los demás; para Fromm (1959) el amor ha sido uno de sus principales tópicos, llegando a subraya que en la capacidad de amar se encontraba arraigada la felicidad y el crecimiento personal.

Teniendo estos referente en cuenta, Ryff (1995) considera que el mantener adecuadas relaciones positivas con otros se traduce en lograr relacionarse de manera cálida y satisfactoria con los demás, mostrar una fuerte empatía e intimidad, permitiendo comprender lo que implica una interacción recíproca. Relaciona también la autonomía con el interés por el bienestar y cuidado de las demás personas. En cambio, un bajo nivel en esta dimensión reflejaría a una persona con pocas relaciones cercanas, con dificultad para entablar conexiones abiertas y cálidas con los demás, una persona aislada y frustrada a nivel interpersonal, sin deseos de establecer compromisos significativos con otros.

Numerosas investigaciones han mostrado que el aislamiento social, la soledad y la pérdida de apoyo social afectan negativamente a la salud física, están firmemente relacionados con el riesgo de padecer una enfermedad, y reducen el tiempo de vida. Es por ello que esta dimensión tiene una especial relevancia en el medio penitenciario en que se desarrolla el estudio de la presente tesis.

### **Dominio del entorno**

El *control ambiental o dominio del entorno* se refiere a la capacidad de manejar de forma efectiva el contexto que nos rodea y la propia vida; la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables y satisfacer los propios deseos y necesidades. Incluye esta dimensión el esfuerzo y acción personal, así como el papel proactivo y no pasivo de la persona en la adaptación a su entorno.

El énfasis por encontrar o crear un contexto que sea adecuado a las necesidades y capacidades personales es único de la dimensión del dominio del entorno a pesar de paralelismos parciales con conceptos como la autoeficacia (Ryff y Singer, 2008).

Los antecedentes de la propuesta de esta dimensión los encontramos en la teoría de Jahoda (1958), comentada anteriormente, donde una de sus dimensiones habla de la habilidad individual para escoger o crear ambientes psíquicamente apropiados para uno mismo (Jahoda, 1958); y también en las teorías del desarrollo, donde destaca la importancia de ser capaz de manipular y controlar ambientes complejos mediante la actividad física y mental (Ryff y Singer, 2008); Allport, por ejemplo, consideraba la capacidad de extender el *self* a distintas esferas de la vida como uno de los criterios de madurez (1960, citado en Ewen, 2003).

Partiendo de estos conceptos como base a su propuesta, Ryff (1995) propone que una persona capaz de manejar su ambiente de forma adecuada consigue controlar combinaciones complejas de actividades externas, usa de manera efectiva las oportunidades del medio que la rodea, logrando satisfacer sus necesidades y valores personales. Además, experimentan una sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir a su alrededor. En cambio, un pobre dominio del entorno implicaría dificultades para manejar tareas cotidianas, la persona se sentiría incapaz de cambiar o mejorar el contexto que le rodea, sintiendo una falta de control sobre el mundo externo.

### **Autonomía**

La *autonomía* es concebida como el sentido de autodeterminación que le permite a una persona resistir la presión social y auto-regular su propio comportamiento (Ryff y Singer, 2002); ayuda a sostener la propia individualidad en diferentes contextos sociales. Las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff y Keyes, 1995).

En este sentido se pronunciaron autores como Maslow (1951) al considerar que parte de la autoactualización requiere desprenderse de la cultura y de las leyes que la gobiernan; o Rogers (1961) que defiende que una persona que funcione íntegramente ha de mostrar un locus interno de evaluación; Jung (1954) también se pronunció de forma similar al hablar del proceso de liberación de la convención; y Franz (1964) que sostenía que la persona plenamente individuada experimenta una “liberación de las convenciones”; Sartre (1956), por su parte, resaltó la relevancia de mostrar la capacidad de ser libre y elegir de manera intencional; y también las teorías del ciclo vital, que hacían referencia al concepto que



define esta dimensión al señalar que al final de la edad adulta es muy importante llegar a una mayor interioridad (Neugarten, 1968).

Para Ryff (1995) un óptimo nivel de autonomía se expresaría como la capacidad para resistir a la presión social de pensar y actuar de cierta manera. Implicaría evaluarse a sí mismo bajo estándares personales, regulando el comportamiento desde sí mismo y actuando de manera independiente. Por el contrario, una persona con baja autonomía estaría preocupada por las expectativas y evaluaciones de los demás, basándose en las opiniones y juicios de otros para tomar decisiones importantes y comportándose de acuerdo a los dictámenes y presiones sociales.

### **Propósito en la vida**

La dimensión de *propósito en la vida* estaría relacionada con objetivos claros y metas realistas que doten de significado las experiencias ya vividas y por vivir de la persona. Los individuos necesitan marcarse metas que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. Personas con un alto nivel en esta dimensión serían persona con metas en su vida, con un sentido de dirección, que encuentran sentido en el presente y construyen de manera significativa la historia de su vida pasada (Ryff, 1995).

Esta dimensión iría en línea con la propuesta de búsqueda del sentido de Viktor Frankl (1946) desde un enfoque existencial; o sería similar al proyecto auténtico en la vida que defendía Sartre (1956) para anteponerse a la angustia del *no ser*. También Jahoda (1958) consideraba relevante el sentido de vida frente a lo adverso o a la angustia, haciendo un énfasis explícito en el sistema de creencias que dan sentido y propósito a la vida; y Allport (1961, citado en King, 2001) resaltaba la relevancia de ser capaz de dotar diariamente de sentido a la vida, y de encontrar o crear oportunidades para que la vida importe.

### **Crecimiento personal**

El *crecimiento personal* se refiere a la capacidad para conocer nuestro propio potencial y saber cómo desarrollar nuevos recursos y fuerzas. Ryff (1995) entiende esta dimensión como un sentimiento de constante desarrollo en el que la persona mantiene un sentido de

crecimiento y expansión a través del tiempo y a lo largo de su vida. Se refiere también al empeño por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades (Keyes et. Al 2002). Y abarca los sentimientos positivos dirigidos hacia el crecimiento y la madurez a través de la búsqueda del desarrollo del propio potencial y el fortalecimiento de las capacidades.

Esta dimensión es la más cercana al sentido aristotélico del término “eudaimonia” o autorrealización del individuo. Implica un funcionamiento dinámico y de proceso continuo de desarrollo de los propios potenciales (Ryff y Singer, 2008). Como antecedentes a esta propuesta, por ejemplo, Rogers (1961) consideraba que aquel que funciona íntegramente estaría abierta a la experiencia, y desarrollándose continuamente. Y Erikson (1963) por su parte, hablaba también de metas o propósitos cambiantes para cada etapa de la vida, llegando a una integración emocional en la adultez tardía.

### **c) Evaluación del bienestar psicológico**

Para medir las seis dimensiones teóricas propuestas, y tomándolas como punto de partida, Ryff (1989) desarrolló un instrumento conocido como “*Escalas de bienestar Psicológico*” (*Scales of Psychological Well-Being, SPWB*).

El procedimiento para su construcción fue el siguiente: una vez definidas teóricamente las seis dimensiones o escalas, con la ayuda de tres investigadores generaron 80 ítems por dimensión. A continuación, todos los ítems fueron evaluados en función de su ambigüedad y su ajuste a la definición de la escala. De ellos, se eligieron 32 por escala (16 positivos y 16 negativos). El conjunto de ítems resultante se aplicó a una muestra de 321 adultos a través de un estudio piloto, tras el cual se eliminaron los doce ítems de cada escala que mostraban, según los análisis psicométricos, peores indicadores de ajuste. El instrumento final contó con 20 ítems por escala, esto es 120 ítems en total.

A esta escala le siguieron versiones más cortas, de 14 ítems por escala (Ryff, Lee, Essex y Schumutte (1994) con correlaciones con la escala original entre 0,97 y 0,98; de 3 ítems por escala (Ryff y Keyes (1995) con correlaciones entre 0,70 y 0,89 con la escala original, y de 9 ítems por escala (Ryff y Keyes, 2002) pero ninguna de ellas ha conseguido un adecuado equilibrio entre su consistencia interna y el ajuste al modelo teórico de Ryff (van Dierendonck, 2004).

En 2004, van Dierendonck propuso una versión de 39 ítems (entre 6 y 8 ítems por escala). Las escalas de esta versión mostraron una buena consistencia interna (con valores  $\alpha$  comprendidos entre 0,78 y 0,81) y un ajuste relativamente aceptable (CFI= 0,88). Y en 2006 Díaz y colaboradores elaboraron una versión adaptada al castellano a partir de la propuesta de Van Dierendonck, que sería aplicable a distintos ámbitos por cumplir con los criterios de validez y confiabilidad esperados. Este trabajo de Díaz y colaboradores, supone un importante aporte al estudio del bienestar psicológico en el campo de la psicología positiva en España. También en castellano, en varios países hispanoamericanos se ha desarrollado un instrumento a partir de las dimensiones de Ryff, para adolescentes (Castro Solano, 2002) y para adultos (Castro Solano, Brenilla & Casullo, 2002).

El uso de estas escalas de bienestar mencionadas han permitido estudiar los cambios en las dimensiones del bienestar psicológico que acompañan envejecimiento; identificar las diferencias por género en estas dimensiones así como su relación con la educación y los niveles de ingresos económicos; y también corroborar que experiencias de la vida y desafíos atípicos influyen en el bienestar; ayudando incluso a evaluar la resiliencia humana basada en análisis de una vida.

Por otro lado, una de las principales críticas a la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff radica en que no capta adecuadamente el bienestar interpersonal.

Diferentes investigaciones han examinado la validez factorial de la Escala de Bienestar Psicológico. Cinco de esos estudios (Cheng y Chan, 2005; Clarke y cols., 2001; Ryff y Keyes, 1995; Springer y Hauser, en prensa; van Dierendonck, 2004), todos de ellos empleando análisis factorial, ha mostrado cómo el modelo que mejor se ajusta a esta escala es la teoría de seis factores de Ryff.

#### **d) Variables relacionadas con el bienestar psicológico**

En su planteamiento teórico, Ryff (1989) consideraba que el bienestar podía tener variaciones importantes según diferentes variables sociodemográficas, como la edad, el sexo o la cultura.

En esta línea, diferentes estudios empíricos con los instrumentos de evaluación antes referidos han permitido confirmar empíricamente cómo el bienestar varía con la edad, el género, y el nivel socioeconómico del individuo (Clarke, Marshall, Ryff y Rosenthal, 2000; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley y Marks, 1997; Ryff, 1989b; Ryff y Keyes, 1995; Ryff, Magee, Kling y Wing, 1999).

En relación con la edad, la propia Carol Ryff pudo determinar que cuando las personas se acercaban a la adultez experimentaban mayor nivel de autonomía, un mejor dominio de su medio así como sentimientos positivos hacia el crecimiento personal (Ryff, 1989b; Ryff y Keyes, 1995).

En esta línea, diferentes publicaciones (Clarke y cols. 2000; Ryff, 1989, 1991; Ryff y Keyes, 1995) han coincidido en observar las siguientes tendencias para las dimensiones del bienestar psicológico: en el caso del dominio del entorno, se ha observado cómo incrementa con la edad, mientras que las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal tienden a disminuir con la edad. La dimensión de autoaceptación no ha mostrado variaciones significativas con la edad. Sin embargo, autores como Springer y Hauser descartan que estos efectos sean significativos, y consideran que las diferencias obtenidas en el bienestar psicológico debidas a la edad se obtienen únicamente en estudios transversales y no longitudinales.

Estudiando la relación con la edad y la cultura, estudios como el de Karasawa y cols. (2011) han mostrado mejores niveles de crecimiento personal en personas adultas en Japón y el patrón contrario en estadounidenses. La dimensión propósito en la vida muestra bajo nivel en las personas más adultas en ambas culturas. Y entre los jóvenes adultos se encontró, de forma significativa, mejores niveles en la dimensión de relaciones positivas entre los japoneses que entre los estadounidenses.

En lo que se refiere al nivel de ingresos económicos, algunos trabajos empíricos han mostrado cómo éste influye en el nivel de bienestar del individuo de forma positiva. Así lo muestran por ejemplo los estudios de Grossi y cols. (2006; 2011) en relación con el nivel de bienestar.

#### **e) Críticas y propuestas al modelo de Ryff**

Una de las principales críticas que ha recibido la propuesta de Ryff se basa en que la delimitación del concepto bienestar resulta excesivamente etnocéntrica, propia de las sociedades individualistas contemporáneas. Por este motivo Rodríguez-Carvajal, Van Dierendonck y cols. (2010) proponen dos dimensiones adicionales, para completar el Modelo de seis factores de Ryff, y son los recursos internos y la vitalidad.

#### **Recursos internos:**

Van Dierendonck y colaboradores (2009) definen los recursos internos del individuo como la experiencia de equilibrio personal, capacidad y fortaleza para intervenir en la propia vida, estar en sintonía con uno mismo, incluso en momentos adversos. Algunas investigaciones en el ámbito laboral (Witmer y Sweeney, 1992) e incluso la Organización Mundial de la Salud (Yogesh y cols. 2004) han informado del impacto sustancial de elementos relacionados con los recursos internos como elementos importantes de salud, física, psicológica y social.

#### **Vitalidad:**

El bienestar psicológico también recoge, para varios autores, un componente de entusiasmo, energía e inspiración, un aspecto al que Ryan y Frederick (1997) denominaron vitalidad. Esta dimensión incluye las variables de iniciativa personal y una mayor sensación de control. Dentro del contexto laboral, se habla de niveles de energía y vigor como medidas de bienestar personal y profesional (Schaufeli, Salanova, González-Roma y Bakker, 2002). Y en el estudio de la conducta propositiva y los procesos de autorregulación, la vitalidad se establece como uno de los aspectos más relevantes del estudio del bienestar en la medida en que proporciona un indicador del nivel de energía, esfuerzo y persistencia necesarios en los procesos de consecución de metas, objetivos y proyectos personales (Van Dierendonck, Rodríguez-Carvajal, Moreno y Dijkstra, en prensa). Otros estudios han mostrado un mejor funcionamiento somático, menor estrés y más sentimientos positivos en personas con alta vitalidad (Ryan y Frederick, 1997).

## **6. EL MEDIO PENITENCIARIO**

---

### **a) Introducción**

La cárcel es un espacio arquitectónico pero sobre todo una organización social. Se trata, por tanto, de un entorno fijo, inamovible, con referencias propias que exigen de las personas el máximo esfuerzo adaptativo posible. Estamos hablando además de una organización social no sólo formal, con sus normas, organigramas y características definidas por ley, sino también informal, es decir, psicológica y social, en la hay que diferenciar dos mundos paralelos: la administración y el administrado, dos sub-mundos con una relación personal y profesional estrecha; y dentro de la cual se establecen relaciones sociales importantes entre sus miembros, que son las que van a determinar su funcionamiento (Clemente, 97).

Ya en 1973 Goffman hablaba de los establecimientos penitenciarios como ejemplo de las llamadas “instituciones totales” como “lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Las cárceles sirven como ejemplo notorio (...)”(Goffman, 1973, pp. 21-25). Este autor (Goffman, 1967) detalla también las siguientes características para las instituciones totales:

- Se trata de un espacio físico determinado, separado en ubicación de su entorno, y en el que se elimina la separación entre el ámbito de trabajo, el del ocio y el de la vivienda.
- Cuenta con un programa previamente establecido, que pretende que todas las necesidades y todos los aspectos de la vida de los que allí habitan estén sometidas a un plan omnicomprendivo (el reglamento de la institución). Un único plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución. Todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas.
- Tiene un sistema normativo formal que controla a los usuarios y les somete a una sola autoridad, aunque también existen formas de control informales.
- Los integrantes carecen de recursos propios.
- Intenta absorber la personalidad total del interno.

Dicho esto, es obvio que la situación de encarcelamiento es una experiencia profundamente desagradable en cualquier parte del mundo y supone, en líneas generales, una experiencia traumática para la persona encarcelada y sus familias, al menos en los primeros momentos del ingreso en prisión. La cárcel exige de las personas un esfuerzo adaptativo constante que, como consecuencia, le genera una serie de distorsiones afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas. En palabras de Bermúdez-Fernández, (2006) no debemos olvidar que tener en cuenta que el preso no sólo vive en la prisión, sino que *vive la prisión*.

Así, con el fin de analizar el impacto de la prisión sobre el recluso, y sobre su bienestar psicológico, se parte de la *perspectiva del estrés psicosocial* (Gutiérrez, 1997): Consideramos que el ingreso en prisión implica un proceso de adaptación psicológica del individuo a su nuevo contexto. En este proceso intervienen e interactúan *estresores* ambientales y organizativos -humedad, calor o frío, ruido, etc., la existencia de condiciones higiénicas y médicas en ocasiones deficientes, ausencia de espacios de esparcimiento, situaciones de hacinamiento, falta de intimidad, estructura arquitectónica y organizacional en la que se desarrolla toda la vida del individuo-, unidos a la ausencia de *recursos* externos protectores, por el alejamiento de las fuentes de apoyo social. Todo esto, teniendo en cuenta las *diferencias individuales*, las *características inherentes al individuo* y los *factores*

*protectores* del mismo -estrategias de afrontamiento, personalidad, etc.-, puede afectar al interno, produciendo en él mayor o menor desgaste psicológico, agotamiento emocional y afectando también a su estado de salud física y mental, así como a un comportamiento desadaptado. El resultado de todo ello hará evidente un proceso de adaptación deficitario por parte del individuo a su situación de encierro.

Partiendo desde este punto de vista, se exponen a continuación y en primer lugar las *principales características* de la población reclusa, con el fin de conocer los aspectos psicológicos en este colectivo que resultan más relevantes. Seguidamente, nos referiremos al propio *proceso de estrés* y sus particularidades en el contexto penitenciario, incluyendo los mecanismos de adaptación a la prisión y las consecuencias derivadas de ello en el corto plazo. Será en el apartado siguiente donde se exponga una propuesta teórica completa a partir de la perspectiva del estrés psicosocial que acabamos de comentar.

## **6.1 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN RECLUSA**

---

### **a) Introducción**

En la actualidad la población penitenciaria en España está en torno a las 70.000 personas, e incluye una amplia variedad de individuos en lo que se refiere a aspectos como: el tipo de delito, la cuantía de la condena, el país de origen o también variables sociodemográficas como la edad, el sexo y de otro tipo, como su nivel de peligrosidad. En este apartado se intenta ofrecer una breve exposición de aquellos rasgos más comunes entre el colectivo penitenciario, y que resultan de mayor interés desde el punto de vista psicológico, definiendo así el perfil psicológico mayoritario de las personas que cumplen penas privativas de libertad en nuestro país.

La población reclusa es considerada como colectivo de riesgo, y el grupo más característico lo conforman personas que han vivido en ambientes deprimidos, suelen predominar historias de vida difíciles, muchos han padecido en su infancia abusos, malos tratos, abandonos, situaciones de violencia física o verbal, etc., procesos de socialización deficitarios, contextos familiares y sociales marginales o con niveles económicos bajos, derivando en muchos casos en situaciones de privación o carencias básicas. Los procesos educativos de estas personas



no suelen concluirse, su nivel educativo suele ser bajo, con escasa formación, existiendo un porcentaje significativo de internos analfabetos funcionales y otro grupo muy amplio de reclusos sin estudios de educación primaria o que no los han llegado a completar. En cuanto a los hábitos laborales tampoco suelen llegar a consolidarse, no poseen cualificación profesional ni un empleo estable, y son personas que han trabajado en ocupaciones muy diversas, que no requieren cualificación. Además, carecen de suficientes habilidades sociales para relacionarse con otros y enfrentarse de forma adecuada a los problemas. Por último, añadir que en las últimas dos décadas ha aumentado exponencialmente el número de reclusos extranjeros lo que ha añadido al perfil común que hemos referido las dificultades entre los internos extranjeros para manejar nuestro idioma.

Además de estas características generales, los rasgos más significativos que desde un punto de vista psicológico caracterizan a la población reclusa serían:

- 1) La alta frecuencia de exposición a eventos traumáticos en las historias de vida de estas personas;
- 2) El elevado porcentaje de internos con consumo abusivo de drogas o alcohol, en muchos casos con patrones de dependencia.
- 3) Y la alta prevalencia de problemas de salud mental en este colectivo;

En los tres casos estaríamos hablando de cifras significativamente más altas que las que encontramos entre la población general. Veamos en detalle estas características de la población reclusa:

**a) Exposición a eventos traumáticos antes de ingresar en prisión.**

En la literatura científica son numerosas las investigaciones que confirman que el colectivo recluso presenta una mayor frecuencia de exposición a eventos vitales o traumáticos respecto de la población general. También ha sido objeto de diversas investigaciones la relación entre la exposición a este tipo de eventos y sus consecuencias, bien asociándolo con problemas de salud mental, como la aparición del trastorno de estrés postraumático, o bien con conductas violentas o desadaptadas.

 **Frecuencia de exposición a eventos vitales y trastorno de estrés postraumático**

Como hemos comentado, la frecuencia de vivencias de situaciones de tipo traumático en la vida de los reclusos suele ser muy alta. Uno de los estudios que así lo confirma es realizado por Rager y Bénèzech en 1987. Estos autores observaron que de entre 25 jóvenes reincidentes, catorce de ellos habían tenido accidentes de motos, catorce sufrieron en algún momento de su vida un coma o pérdida de conocimiento, dieciséis de estos jóvenes padecieron un traumatismo craneal, y veintidós de ellos usaban de forma habitual sustancias psicoactivas (dieciséis de ellos principalmente heroína) situándose la edad media de inicio del consumo a los 14 años. Dieciséis de estos jóvenes se habían auto-lesionado (en 10 casos en situaciones de detención), y diez de ellos informaron de tentativas de suicidio (nueve de ellos fuera de la prisión) siendo la edad media del intento de suicidio los 16 años.

En esta misma línea, en un trabajo más reciente Urbaniok, Endrass, Noll, Vetter y Rossegger (2007) encuestaron a 86 reclusos adultos de un Centro Penitenciario en Suiza, y concluyeron que un 76% de ellos había experimentado al menos un evento traumático a lo largo de su vida, con una media de cuatro eventos traumáticos por interno, lo que corrobora frecuencias de exposición muy elevadas.

En lo que se refiere a las posibles consecuencias derivadas de una alta frecuencia de exposición a eventos vitales traumáticos o estresantes, el interés de los investigadores por conocer su relación con las enfermedades y con los problemas de salud mental se remonta a los años treinta del pasado siglo. Esta línea de estudio se inició con los trabajos de Meyer en estos años con población general, y se continuó por el grupo de Hawkins (1957). En el medio penitenciario son varios los trabajos que podemos destacar interesados todos ellos por conocer, principalmente, la relación entre eventos traumáticos y la aparición del trastorno de estrés postraumático (en adelante TEPT).

Un primer ejemplo de investigaciones en esta línea es el estudio de Steirner y colaboradores (1997), realizado con 85 jóvenes en una prisión de California, todos hombres e internos en prisión por delitos violentos. Los resultados indicaron una mayor prevalencia de TEPT (32% al que añadir un 20% que cumplían parcialmente el criterio diagnóstico de TEPT) que en jóvenes en centros de probation (similares a nuestros Centros de Inserción Social). El evento precipitante del TEPT más frecuente en este estudio fue el haber sido testigo de violencia.

Frente al 32% de prevalencia del TEPT que refiere Steirner (1997), Abram y colaboradores (2004) también con población reclusa, encontraron que únicamente el 11,2% de su muestra cumplía los criterios del trastorno de estrés postraumático durante un periodo de los últimos 12 meses. La mitad de estos jóvenes con TEPT informó que el trauma precipitante había sido ser testigo de violencia, dato en el que si que coincide con el trabajo de Steirner. Los motivos para una tasa de prevalencia tan baja a pesar del elevado porcentaje de jóvenes expuestos a eventos traumáticos (92,1%), podrían deberse a la metodología que se utilizó en el estudio de Abram, o a la validez y fiabilidad de las medidas de diagnóstico que se usaron para el TEPT. Creemos que los resultados de Steirner son mucho más representativos de la realidad penitenciaria.

En lo que se refiere a las diferencias de género en el tema que nos ocupa, la literatura científica para la población general habla de:

- a) Una diferencia significativa por género en el nivel de riesgo de padecer diferentes tipos de trauma. En las mujeres hay mayor probabilidad de sufrir agresiones sexuales y violaciones, y en el de los hombres agresiones físicas o ser testigos de las mismas. Las agresiones sexuales, independientemente del sexo, están además relacionadas de forma significativa con la aparición del TEPT.
- b) Una mayor probabilidad, en el caso de la mujer, de sufrir consecuencias más severas derivadas de dicha exposición traumática. Los estudios se han centrado sobre todo en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como principal consecuencia derivada de este tipo de eventos, con una incidencia normalmente en torno al 2 a 1 en mujeres, aunque no en todas las investigaciones.

Algunos de los trabajos interesados por conocer el tipo de síntomas que siguen a la misma exposición traumática en hombres y mujeres, han estudiado por ejemplo, los casos de desastres naturales o atentados terroristas, y han encontrado resultados contradictorios. Unos resultados hablan de valores similares en la aparición del TEPT, mientras que otros datos siguen indicando una mayor vulnerabilidad de las mujeres a desarrollar el TEPT.

Otros estudios en la misma línea, se han centrado únicamente en agresiones físicas a hombres y mujeres y en este caso los resultados sí que tienden a coincidir en una mayor prevalencia de TEPT en mujeres que en hombres. Uno de los argumentos que explicarían

estos resultados radicaría en que es más probable que dichas agresiones sean producidas, en el caso de las mujeres, por personas que ellas conocen, factor que correlaciona significativamente con la aparición del TEPT (Breslau y cols., 1999).

En el contexto penitenciario estos patrones se repiten en cuanto al tipo de trauma según el sexo pero son contradictorios en relación a si la frecuencia de exposición de eventos traumáticos es mayor en hombres o en mujeres; y también en lo que se refiere a la probabilidad de padecer un Trastorno de Estrés Posttraumático antes del ingreso en prisión, siendo las frecuencias similares para ambos sexos en unos trabajos pero, en otros, mayor para las mujeres.

Uno de los trabajos más interesantes realizados en el medio penitenciario en este sentido es el de Abram y colaboradores (2004), al que nos hemos referido anteriormente. Estos autores lo que buscaban era conocer la prevalencia de exposición a traumas y la frecuencia del TEPT entre 898 jóvenes (532 hombres y 366 mujeres) detenidos en un centro juvenil en Estados Unidos. Los resultados mostraron que el 92,1% habían experimentado al menos una situación traumática, con una media de 14,6 traumas por joven, y un 56,8% que reconocen haber vivido más de 6 situaciones traumáticas. Los tres traumas más frecuentes fueron “haber visto u oído que alguien era fuertemente agredido o asesinado” (74,9% en chicos y 63,5% en chicas), “haber sido amenazado con un arma” (59,3% chicos y 47,3% chicas) y haber estado en una situación en la que “pensó que él/ella o alguien cercano iba a ser fuertemente agredido o asesinado” (53,5% chicos y 49,1% de chicas). Se encontraron diferencias significativas en el caso de “haber sufrido un accidente grave” mayormente en los jóvenes y “haber sido forzado a hacer algo sexual que no quería hacer” más en ellas. El evento traumático más frecuente, haber sido testigo de violencia, era mucho más común en la población estudiada por Abram K.M. y cols (2004) que en los estudios realizados con población general para jóvenes y adultos, donde los porcentajes no superan el 40,1%. Por último, los resultados de su investigación muestran que hay una diferencia significativa por sexo, con más hombres (93,2%) que mujeres (84%) que han sido expuestos, al menos, a una situación traumática.

Estos últimos resultados no coinciden, sin embargo, con los obtenidos por Chen (2009). Chen (2009) en su investigación con una muestra de 65 hombres y 54 mujeres con

problemas de drogadicción. Los datos mostraron que hombres y mujeres compartían una frecuencia de exposición traumática similar, salvo en el caso de abusos sexuales sufridos, que era mayor en las mujeres. Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Komarovskaya, I., (2009) que mencionaremos a continuación. Sin embargo, otros trabajos hablan de una mayor frecuencia de exposición traumática en las mujeres presas. Por ejemplo Lewis C. (2006) considera, a partir de los resultados obtenidos en su estudio, que el riesgo de haber sufrido experiencias traumáticas, destacando el abuso sexual y físico desde edad temprana, es mayor entre la población reclusa femenina que entre la masculina.

En conclusión, los resultados en el contexto penitenciario sobre la mayor frecuencia de exposición a eventos traumáticos en hombres o en mujeres siguen sin ser concluyentes.

En cuanto a la frecuencia de aparición del TEPT entre las personas reclusas, apuntan Abram K.M. y colaboradores (2004) a partir de sus resultados, que la probabilidad de tener Trastorno de Estrés Postraumático en hombres y mujeres es similar, algo que iría en contra de lo observado en población general donde los estudios hablan del doble de probabilidad de padecer Trastorno de Estrés Postraumático para las mujeres.

La reciente investigación de Komarovskaya (2009) nos aporta datos muy interesantes en este tema. En su trabajo analiza para la población penitenciaria (muestra de 266 internos e internas de un Centro Penitenciario en Ohio) la relación entre las experiencias traumáticas, los síntomas postraumáticos, las diferencias por género y su posible influencia en conductas violentas o de victimización en prisión. Los resultados que obtiene indican una elevada exposición a situaciones traumáticas, similar en hombres y mujeres. Por tipo de trauma, en los hombres es más frecuente el ser testigo o víctima de violencia física, y en las mujeres ser víctima de agresiones sexuales. En consonancia con otros estudios, y a diferencia del estudio de Abram, K.M. y cols (2004) con jóvenes delincuentes, las internas tienen porcentajes más altos de sintomatología postraumática que los internos. Tal vez la diferencia se encuentre en que en este estudio se habla de sintomatología y no de diagnóstico formal de trastorno, como era el caso del trabajo de Abram (2004).

Sea de una manera o de otra, los resultados de las investigaciones en relación con la frecuencia de aparición del TEPT tampoco son concluyentes.

#### **Eventos traumáticos y conductas violentas o desadaptadas**

Una mayor vivencia de experiencias traumáticas entre el colectivo de reclusos puede derivar en actitudes y conductas de tipo violento y también en otro tipo de conductas desadaptadas, como la victimización.

Así lo demuestran trabajos como el de Neller DJ y colaboradores (2006). Estos autores exploraron la relación entre las vivencias traumáticas y las conductas violentas de un grupo de 93 internos en una prisión de EEUU, y encontraron que el 93% de los internos había sufrido situaciones traumáticas, y el 67% informaba haber mostrado conductas violentas estando en prisión. Entre los internos que informaban haber experimentando situaciones traumáticas había más del doble de probabilidad de mostrar conductas violentas, lo cual confirma la asociación entre vivencias traumáticas en el pasado y conductas agresivas en prisión.

Otra interesante aportación este sentido es la de Kupers (1996) quien estudió la relación entre experiencias traumáticas y sus secuelas en los internos en prisión, sugiriendo sus resultados la existencia de una relación entre los traumas vividos en la infancia y los vividos dentro de prisión.

Komarovskaya (2009) en la investigación antes comentada, pudo observar también que en ambos grupos, mujeres y hombres reclusos, la exposición traumática en el pasado era un predictor significativo de conductas violentas y de victimización en prisión, especialmente cuando la frecuencia de eventos traumáticos era elevada y a temprana edad. A partir de estos resultados explica Komarovskaya el ciclo de la violencia dentro de prisión, la gravedad de sus consecuencias y la importancia de una adecuada intervención durante el encarcelamiento para prevenir y paliar en lo posible este tipo de situaciones.

Una conclusión a la que nos llevan las investigaciones comentadas es que parece importante tener en cuenta las historias de vida de las personas que se encuentra en prisión ya que suelen estar cargadas de vivencias traumáticas cuyas secuelas dificultan la adaptación del individuo a la prisión. Trastornos como el TEPT o las conductas desadaptadas con actitudes agresivas harán más complicada la adaptación del individuo al medio penitenciario. No obstante, considero que el bienestar psicológico o funcionamiento positivo de la persona juega un importante papel en la relación entre las vivencias traumáticas del pasado y la

adversidad de la prisión ya que puede moderar dicha asociación así como la adaptación del individuo al medio penitenciario.

### **b) La dependencia a drogas y alcohol**

También el consumo abusivo y dependencia de drogas y alcohol es una de las características comunes y más graves entre la población penitenciaria tanto en España como a nivel internacional. Su importancia no radica sólo en el elevado número de internos que consumen sustancias psicoactivas de forma habitual antes de su ingreso en prisión, sino precisamente, en el mantenimiento de este consumo durante su estancia en la cárcel y las consecuencias de ello derivadas especialmente sobre la salud mental de estas personas.

#### **Frecuencia de consumo de drogas entre la población reclusa**

En relación con la alta prevalencia en el consumo entre el colectivo penitenciario, algunos estudios que lo confirman serían, por ejemplo, el trabajo de Teplin (1994) que encontró entre una muestra de reclusos un 29% de internos con consumo actual de drogas y un 61% de consumo en algún momento de sus vidas. También autores como Peters y colaboradores (1998) informaron de uso de sustancias psicoactivas en los treinta días previos al ingreso en prisión en más de la mitad de la población de un centro penitenciario estatal de Estados Unidos. Más recientemente, Belenko y Peugh (2005) afirmaron que la mitad de los reclusos y dos tercios de las reclusas de un centro penitenciario estadounidense necesitaban tratamiento de deshabituación por trastorno de dependencia de larga duración. En 2006, y también en Estados Unidos, Mumola y Karberg, realizaron una macroencuesta en varias prisiones, y tuvieron ocasión de observar que casi la mitad de los presos cumplían los criterios de abuso o dependencia de drogas. En Inglaterra, Palmer y Hollin (2007) informaron de una frecuencia elevada de problemas de dependencia a sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol) en una muestra de presos, siendo significativamente mayor en mujeres. Y en España, Hernández y Herrera (2003) hablan de un porcentaje de entre un 58% y 68% de reclusos (según la prisión en la que se mida este indicador) con algún tipo de toxicomanía.

Todos estos trabajos nos permiten confirmar que en diferentes países, incluida España, la dependencia a sustancias psicoactivas supone una característica común entre las personas

que se encuentran en prisión, además de un grave problema a hacer frente por los profesionales que trabajan en instituciones penitenciarias.

No queremos dejar de mencionar brevemente, haciendo eco de los resultados en la literatura científica, las interesantes *diferencias que existen entre hombres y mujeres* reclusos en las frecuencias y patrones de consumo así como en sus características psicosociales:

- **Frecuencias de consumo** Las diferencias en las frecuencias de consumo de hombres y mujeres en muchas investigaciones han mostrado ser distintas según el tipo de sustancia: En el caso del consumo abusivo de alcohol, éste suele ser mayor en hombres que en mujeres (Lo, 2004; Nunes-Dinis & Weisner, 1997). Por ejemplo, en Inglaterra y Gales, Wales Singleton, Farrell, y Meltzer (1999) informan de más del 60% de reclusos que reconocen un consumo abusivo de alcohol antes de ingresar en prisión, y un 30% se describen a sí mismos como alcohólicos. En la población penitenciaria femenina los datos son de 39% de consumo abusivo de alcohol y 11% de alcoholismo reconocido. No obstante, Lewis C. (2006) encontró en su investigación que las mujeres en prisión tendrían una probabilidad casi similar de consumo alcohol. En lo que se refiere al consumo abusivo y habitual de sustancias psicoactivas, el patrón es precisamente el contrario, una mayor prevalencia de consumo entre la población reclusa femenina que entre la masculina. (Butler, Levy, Dolan, y Kaldor, 2003; McClellan, Farabee, and Crouch, 1997; Langan and Pelissier 2001) aunque autores como Lewis (2006) o Gunter y cols. (2008) o Palmer, Jinks y Hatcher (2010) afirman que el consumo es similar en hombres y mujeres.

- **Patrones de consumo:** En el caso de los hombres este patrón suele ser una respuesta de afrontamiento directo a eventos traumáticos que suceden en el mismo momento. En las mujeres el consumo tiende a estar relacionado con estados de ansiedad y depresión, derivados de su exposición previa a situaciones traumáticas o altamente estresantes. El principal motivo detrás del consumo de sustancias psicoactivas en mujeres reclusas se relaciona con haber vivido eventos traumáticos, sobre todo crónicos, y de forma previa al encarcelamiento. El consumo de sustancias en ellas tiene relación con un intento de evadirse de su situación, especialmente en aquellos casos en que la exposición traumática es crónica. Añadir que su estilo de afrontamiento tiende a ser evitativo, lo que no favorece que sus niveles de ansiedad disminuyan.



- **Perfiles psicosociales:** Los estudios consultados muestran una importante relación entre las vivencias traumáticas y un consumo mayor de drogas en mujeres. Así, Peters y colaboradores (1997) al evaluar los resultados de un programa de tratamiento en prisión para un grupo de 1655 internos (26% mujeres y 74% hombres) pudieron identificar diferencias por género en características psicosociales y en necesidades de tratamiento de deshabitación: Las mujeres estudiadas reflejaban, en comparación con la muestra masculina, más problemas laborales, menos nivel de ingresos, consumo de cocaína como primera opción, más riesgo de sufrir depresión, ansiedad, conductas suicidas y una historia de abusos físicos y sexuales. Y en 2010, Palmer, Jinks y Hatcher examinaron las necesidades de 6453 internos y 1045 internas en tercer grado, en relación con el uso de drogas, el consumo de alcohol, problemas de salud mental y las relaciones interpersonales y sus resultados confirmaron que las mujeres reclusas tienen más necesidades en las áreas de salud mental y relaciones, y los hombres en el uso de alcohol. Añadir que en este trabajo no se encontraron diferencias significativas en el consumo de drogas. Otros trabajos realizados únicamente con población reclusa femenina, con trastornos de dependencia a sustancias psicoactivas, coinciden en mostrar el siguiente perfil psicosocial femenino: una población con múltiples problemas psicosociales y necesidades de tratamiento, y un elevado porcentaje de mujeres víctima de abusos sexuales y agresiones violentas. Un último estudio en esta línea es el de Salgado y colaboradores (2007) en el que observaron que las mujeres con TEPT y policonsumo informaron de una mayor dependencia a alcohol y drogas, de una mayor exposición a eventos traumáticos a lo largo de su vida, y de una prevalencia mayor de síntomas de estrés postraumático, además de mayor probabilidad de experimentar disociación, ansiedad y problemas sexuales.

### **Consumo de drogas y psicopatologías**

Centrándonos ahora en la relación entre *consumo de drogas y psicopatologías*, se ha confirmado en numerosas investigaciones que existe una relación significativa entre el abuso de drogas y los desequilibrios psicológicos en la población penitenciaria (Beck & Hunt, 2002; DeLeon, Sacks & Wexler, 2002; Draine & Soloman, 2000; Edens, Peters & Hills, 1997; Wright, Gournay, Glorney & Thornicroft, 2002). De hecho, una de las circunstancias que más preocupa del trastorno de drogodependencia entre la población reclusa es su elevada coocurrencia con otros problemas de salud mental (Cote y Hodgins, 1990; James &

Glaze, 2006; Sacos y Pearson, 2003).

Como ejemplo de algunas investigaciones, Sacks y colaboradores (2009) observaron que el 80% de los presos de un centro estatal estadounidense que recibía tratamiento por abuso de sustancias tenían algún tipo de trastorno de salud mental, y el 39% de ellos padecía un trastorno mental grave. En la misma línea, Swartz y Lurigio (Swartz & Lurigio, 1999; Lurigio y Swartz, 2000; Swartz, 2006;) han observado que los trastornos psiquiátricos son comunes (50-75%) entre los reclusos sometidos a tratamiento de deshabitación, lo que es más, el grupo con patología dual es el que peores resultados obtiene en programas de deshabitación. Además, han observado que el riesgo de reincidencia de estos individuos era significativamente mayor que entre los reclusos sin patología dual (Swartz & Lurigio, 1999).

Otro interesante estudio que arroja similares resultados es el llevado a cabo por Simpler y Langhinrichsen-Rohling (2005) en el que se evaluaron las cifras de abuso de sustancias y problemas de salud mental en una muestra de 103 internos, en dos centros penitenciarios de Estados Unidos. Los resultados mostraron cómo más del 50% de los participantes reconocían un consumo abusivo de drogas durante su estancia en prisión. Además, aquellos con dos o más problemas de salud mental tenían más probabilidad de informar de una mayor dependencia a sustancias.

También en Estados Unidos, en 2008 Gunter y colaboradores emplearon el cuestionario MINI-Plus para evaluar la frecuencia de problemas mentales y de drogodependencia entre 320 internos e internas en un Centro Penitenciario de Iowa. Más del 90% cumplían los criterios de uno o más trastornos actual o crónico. Los trastornos más frecuentes fueron dependencia a sustancias psicoactivas (90%), trastornos del estado de ánimo (54%), trastornos psicóticos (35%), trastorno antisocial de la personalidad (35%) y déficit de atención hiperactiva (22%). No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres y un 35% de los participantes en el estudio presentaban riesgo de suicidio.

En un reciente estudio de Zlotnick y cols. (2008) interesados en estudiar los trastornos mentales presentes en una muestra de 272 internos e internas recién admitidos a un programa de deshabitación en prisión, sí que encontraron diferencias entre hombres y mujeres en prisión. Las mujeres padecían con más frecuencia un trastorno psiquiátrico crónico, y trastornos más severo, especialmente depresión mayor, trastorno de estrés

postraumático, trastornos alimenticios, y trastorno límite. En los hombres, el trastorno más común fue el trastorno antisocial de la personalidad.

Una conclusión importante que se deriva de este último trabajo es la mayor vulnerabilidad psiquiátrica de las mujeres reclusas con problemas de drogodependencia, así como un patrón diferente de comorbilidad que los hombres. Se deben tener en cuenta, por tanto, estos aspectos para facilitar la adaptación de las mujeres en el momento del encarcelamiento, minimizar los efectos nocivos derivados de su estancia en prisión y también para adecuar el tratamiento penitenciario a sus especiales características.

### **c) Problemas de salud mental**

El último aspecto psicológico que consideramos de relevancia entre el colectivo penitenciario se refiere a la alta prevalencia de problemas de salud mental entre las personas privadas de libertad. Muchos de estos problemas van asociados, como acabamos de mencionar, al consumo abusivo de drogas y alcohol. Así, en 2009, un 25,6% de la población penitenciaria en España había sido diagnosticado con algún tipo de patología psiquiátrica, una cifra muy alta y que obliga a analizar en detalle esta grave circunstancia entre nuestra población penitenciaria.

En la literatura científica hemos podido corroborar que existe, efectivamente, una mayor prevalencia de problemas de salud mental en la población reclusa respecto a la población general, no sólo en España sino también a nivel mundial (Andersen y cols., 2000; Birmingham, Mason, & Grubin, 1996; Brooke et al., 1996; Coid, 1984; Coid y cols., 2002, 2011).

En España debemos mencionar el trabajo de Herrera (2000) que describe las prevalencias de enfermedades mentales en prisión, encontrando diferencias significativas en patologías severas, como las psicosis, entre población penitenciaria y general, así como un aumento importante de problemas adaptativos en prisión, como son los trastornos de personalidad, las toxicomanías y los trastornos de ansiedad.

En relación con el tipo de trastorno mental más común entre el colectivo de reclusos nos gustaría mencionar el completo metaanálisis de Fazel S, y Danesh J. (2002) realizado con 62

investigaciones en 12 países diferentes, referidas a trastornos mentales en una muestra de 22790 internos (81% hombres y 19% mujeres). La revisión reflejó que aproximadamente uno de cada siete presos tiene un trastorno psicótico (3,7% en los hombres y 4% en las mujeres) o de depresión mayor (10% en hombres y 12% en mujeres), trastornos que son factores de riesgo de conductas suicidas; y uno de cada dos hombres y una de cada 5 mujeres presentan trastorno antisocial de personalidad.

Más recientemente, en 2010, Lafortune D. ha realizado una interesante revisión de la literatura científica sobre el tema, concluyendo que la mayoría de las personas en prisión han sufrido a lo largo de su vida algún tipo de trastorno mental. Además, Lafortune D. encontró que durante el periodo 2002-2007 el 61% de 671 internos fue diagnosticado con al menos un trastorno mental, y el 33,8% tuvo una puntuación positiva en el indicador de problemas de salud mental. Otro dato interesante que arroja este trabajo está relacionado con comprobar si, en el momento del ingreso del interno, se realizaba un adecuado diagnóstico de su trastorno o problemática mental. Se observó que entre un 12% y 25% padecían un trastorno mental severo y crónico en el momento de su ingreso en prisión, pero además, el estudio permitió evidenciar las dificultades de los servicios de prisiones para detectar problemas de depresión y afectivos en hombres y en mujeres, dificultades que se sucedían tanto en el momento del ingreso como a lo largo de su estancia en prisión, circunstancia que también sucede en los centros penitenciarios españoles.

Además, en relación con las *diferencias por género*, los resultados encontrados por Lafortune D. (2010), señalan que en el caso de los hombres los problemas de salud mental más frecuentes eran: trastorno psicótico, reacciones adaptativas, y trastornos de ansiedad, acompañados de problemática de drogodependencia; y las mujeres mostraban principalmente problemas de ansiedad, trastornos de personalidad y trastorno de dependencia a drogas. Otros autores como Drapalski, A., y colaboradores (2009) han encontrado, al estudiar a 360 presos y 154 presas, penados y preventivos, que las mujeres presentaban con más frecuencia síntomas de ansiedad, personalidad límite, preocupaciones somáticas y síntomas relacionados con eventos traumáticos. No obstante, en los hombres también fue común encontrar síntomas relacionados con experiencias traumáticas y con personalidad límite. Es importante tener en cuenta que este estudio no se incluían diagnósticos formales de trastornos, sino únicamente sintomatología significativa, aún así

consideramos muy interesantes los resultados obtenidos. Por referir una última investigación que ahonda en las diferencias entre hombres y mujeres en problemas de salud mental, Lewis C. (2006) al hacer en su trabajo una revisión del tema concluye que las investigaciones sobre mujeres en prisión han mostrado como este colectivo presenta una mayor frecuencia de comorbilidad psicopatológica, y más sintomatología en problemas como la dependencia a sustancias, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el trastorno de personalidad antisocial, o la depresión mayor.

Por su parte, los trastornos más frecuentes entre la población penitenciaria son:

■ **Trastornos de personalidad:** Como ya mencionábamos, uno de los problemas de salud mental común entre la población reclusa son los trastornos de personalidad. Arroyo y Ortega (2007) afirman que en España entre los reclusos hay una alta representación de trastornos de tipo adaptativo, entre los que se incluirían los trastornos de personalidad. Y los trabajos comentados en apartados anteriores ponen de manifiesto la alta prevalencia de los trastornos de tipo antisocial y límite de la personalidad entre las personas encarceladas. Fazel S, y Danesh J. (2002) referían por ejemplo que uno de cada dos hombres y una de cada 5 mujeres presentan trastorno antisocial de personalidad. Y Drapalski, A., y colaboradores (2009) habla de la frecuencia del trastorno límite de la personalidad en los reclusos y Lewis (2006) confirma la alta frecuencia del trastorno antisocial de la personalidad, en su investigación principalmente en mujeres. Resulta evidente que los internos con este tipo de trastornos, sea el tipo de trastorno que sea –antisocial, dependiente, límite, etc.- tienden a mostrar un comportamiento en prisión que da lugar a malestar, descontrol, limitaciones, inflexibilidad, irracionalidad e incapacidad en sus actos, lo que hace predecir situaciones contraproducentes tanto para el interno (sanciones, régimen más restrictivo, aislamiento) como para el clima social del centro penitenciario (riesgo de amenaza, lesiones o abuso hacia otros internos).

■ **Trastorno de Estrés Postraumático:** Otro tipo de trastorno adaptativo, también frecuente entre la población reclusa, y que ya hemos comentado en detalle al hablar de los eventos traumáticos antes de entrar en prisión, es el *Trastorno de Estrés Postraumático* (TEPT), muy relacionado con las situaciones de estrés crónico o agudo, y que en la literatura científica han sido objeto de interés en su relación con eventos vitales o

traumáticos previos al ingreso en prisión (véase p.88 y ss.). Como complementario a lo referido en el apartado mencionado queremos destacar aquí los resultados aportados por Goff A., y colaboradores en 2007, que realizaron una revisión sistemática de todos los estudios epidemiológicos que incluyeran datos sobre la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en prisión, y encontraron que el porcentaje de TEPT varía en la población penitenciaria entre el 4% y el 21%, siendo una prevalencia significativamente mayor que la encontrada en población general; y también significativamente más elevada entre mujeres reclusas que entre hombres. Podemos así concluir que un porcentaje muy significativo de internos e internas que ingresan en prisión padecen este trastorno, lo cual va a condicionar su forma de enfrentarse a la situación de encarcelamiento, y suele agravar la sintomatología ansioso-depresiva propia de los primeros momentos del ingreso, además de dificultar la adecuada puesta en marcha de los recursos personales que necesita cada recluso para hacer frente a los estresores y demandas propios de la situación de encarcelamiento.

#### **d) Algunas conclusiones finales**

Para finalizar, queremos llamar la atención sobre la relación tan cercana que, tal y como hemos visto, hay entre las tres características de la población penitenciaria comentadas: la alta frecuencia de exposición a eventos traumáticos en las historias de vida de los internos suele tener una relación significativa con el consumo abusivo o adicción a drogas o alcohol, y ambos dos tienden a estar relacionadas con la aparición de diferentes problemas de salud mental en los reclusos, destacando los trastornos de tipo adaptativo, y especialmente, los trastornos de personalidad y el trastorno de estrés postraumático.

Las investigaciones que hemos ido señalando nos sirven para poner en evidencia una grave problemática en las prisiones españolas y también de otros países: Los altos porcentajes de reclusos con historias de vida marcadas por eventos traumáticos, adicciones y/o problemas de alcohol, además de sintomatología psiquiátrica han de ser circunstancias muy presentes en el trabajo de los profesionales penitenciarios, desde el momento del ingreso de la persona en prisión. Estos aspectos deben tenerse muy en cuenta tanto en el momento de la evaluación y conocimiento del recluso como con el objetivo de planificar su programa individualizado de tratamiento, dirigido a la adecuada reeducación y reinserción social del

interno. Las consecuencias derivadas de ignorar esta realidad dificultarán mucho cualquier intervención sobre el individuo, además de poder complicar el clima social y de convivencia de los propios establecimientos penitenciarios.

## **6.2 EL ESTRÉS EN PRISION**

---

El estrés es un componente normal de la vida (Lazarus, 2000), y puede definirse como “la ambivalencia entre la percepción que el sujeto tiene de las demandas que se le plantean y su disposición para afrontar dichas demandas (Frydenberg y Lewis, 1997, p.13). Sin embargo, el estrés continuado es devastador, llevando al individuo a situaciones de desgaste físico, mental y emocional que puede derivar en secuelas graves e irreversibles para el organismo y la salud mental de la persona que lo padece. Esta afirmación llevada al contexto penitenciario, en el que la situación de estrés y tensión pueden ser crónicas y la organización de la institución condiciona cualquier intento de control sobre el mismo, siendo esta una de las razones que fundamentan la realización de esta tesis.

Partimos así de un concepto de estrés psicológico como resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno, que se produce cuando éste último es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que, por tanto, pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986), es fácil suponer que los individuos que están en

prisión tendrán que hacer frente a un gran número de eventos que pueden percibir como estresantes, tanto los propios del medio en que se encuentran como las circunstancias externas sobrevenidas, las cuales le afectarán con mayor intensidad por encontrarse privados de libertad y sin posibilidad de controlar o influir en los hechos que suceden en el exterior y que les afectan. Todo esto sin olvidar sus circunstancias pasadas y su historia de vida, que habrán marcado de una forma u otra el funcionamiento psicológico del sujeto y su reacción frente a la diversidad de eventos estresantes que habrá de afrontar durante su estancia en prisión.

Pasamos ahora a hacer una breve introducción al fenómeno del estrés y su relación con la salud para, posteriormente, centrarnos en las particularidades del estrés cuando se produce en el medio penitenciario.

#### **a) El concepto de estrés**

El fenómeno del estrés ha sido muy estudiado a lo largo de las últimas décadas, sin embargo el modo en que dicho término se ha utilizado no ha sido consistente (Cohen. S. y cols 1993). Son numerosas las definiciones que se han ido dado del término estrés, algunas centradas en el estímulo, otras en la respuesta, y otras en los elementos de interacción del proceso por el que un organismo se encuentra en una situación y reacciona a ella. (Burchfield, S., 1979)

En las primeras aproximaciones al estudio de este fenómeno, Cannon (1920) hablaba de que el estrés era una respuesta adaptativa, que permite a los organismos sobrevivir. Él concebía la respuesta de estrés desde el modelo de “luchar o huir”.

Por su parte, Hans Selye (1956), uno de los principales referente en el estudio del estrés, consideró el estrés como un agente desencadenante, dado que es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo, que resulta en una respuesta fisiológica no específica. Dicha respuesta era estereotipada e implicaba una activación del eje hipotalámico-hipofísico-suprarrenal y del Sistema Nervioso Autónomo. A este proceso lo llamó el "Síndrome de Adaptación General", con tres etapas claramente diferenciadas (alarma,



resistencia, y agotamiento), pudiendo culminar el proceso incluso con la muerte si el estresor continúa y se produce una ruptura de los procesos de recuperación (Lazarus & Folkman, 1986; Sandín, 1995, 2003). Sin embargo, Selye no llegó a explicar las diferencias individuales en las respuestas psicofísicas de estrés en diversos sujetos ante los mismos acontecimientos estresantes. A este respecto consideramos los recursos y competencias personales de las que hablaremos más adelante, juegan un papel muy importante en la explicación de estas diferencias individuales.

En 1986, Lazarus y Folkman proponen la *teoría transaccional del estrés*, que plantea que la persona y el ambiente mantienen una relación dinámica, mutuamente recíproca y bidireccional. Consideran el estrés como un proceso que incluye las transacciones entre individuo y ambiente, durante el cual la percepción de amenaza y/o daño ocasiona reacciones físicas y psicológicas. Dichas respuestas son de tipo rápido, intuitivo y automático, y son diferentes del pensamiento reflexivo o evaluación, que es más lento y abstracto, (Lazarus & Folkman, 1986; Taylor, 1999) y consiste en una valoración primaria (valoración de amenaza, valoración de desafío, evaluación de pérdida o daño, y valoración de beneficio) o secundaria (determinación de acciones para enfrentarse al estresor). La interacción entre la valoración primaria y secundaria determina el grado de estrés, y la intensidad y la calidad (contenido) de la respuesta emocional.

Otros autores definen el estrés como una respuesta física y psicológica ante situaciones de amenaza o tensión (Davidson, 2001; Cruz & Vargas, 1998; Orlandini, 1996). En la actualidad, uno de los estudiosos más importantes en el tema del estrés, Robert Sapolsky, postula que ante amenazas inminentes el cuerpo utiliza toda la energía almacenada para activar los músculos apropiados, aumentar la tensión arterial para que la energía fluya más deprisa y desactivar todo tipo de proyecto a largo plazo. También defiende este investigador que un poco de estrés es bueno, nos pone alerta y nos permite salir airosos de situaciones conflictivas, sin embargo, el estrés continuado es muy perjudicial para el estado físico y mental del sujeto.

Las diferentes definiciones que hemos dado nos permiten conocer los tres enfoques principales que en la comunidad científica hay en el estudio del estrés:

- a. El enfoque del estrés como respuesta a estímulos agresores del medio ambiente (papel de eventos vitales).
- b. La concepción del estrés como respuesta psicobiológica del organismo, que ha permitido establecer vínculos entre los acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendocrinas e inmunológicas.
- c. Los modelos transaccionales del estrés, que conciben el estrés como un tipo particular de interacción entre el individuo y su entorno y otorgan un papel protagónico a los afrontamientos y a las emociones, como estados psíquicos en los que se fija el estrés.

El estrés se traduce, pro tanto, en el resultado de un desequilibrio entre la demanda ambiental y la capacidad del organismo para ajustarse a ella; y se manifiesta en las personas a través de los pensamientos, emociones y acciones, expresándose negativamente a través de estados de ansiedad, hostilidad o depresión.

En lo que se refiere a la investigación científica sobre el estrés, una de las línea de estudio de mayor interés hoy en día y que está teniendo un amplio soporte teórico y empírico es la encaminada a resaltar y explicar el papel de las emociones en el proceso de estrés. Se ha demostrado que el tipo de afrontamiento empleado por el sujeto está muy relacionado con la emoción concreta experimentada ante la situación de amenaza. Esta línea teórica lo que ha hecho es incorporar al modelo de Lázarus sobre el proceso de estrés, el análisis atribucional de Weiner (1985) basado en tres dimensiones (locus de control, estabilidad y posibilidad de control).

#### **b) Consecuencias del estrés sobre la salud**

En relación con la salud, el estrés ha recibido una importante atención por parte de los investigadores, como variable correlacional o predictora de consecuencias psicológicas y por sus efectos sobre la salud física y mental (Cohen, Kessler, & Gordon, 1995; Dougall & Baum, 2001).

En relación con la *salud física*, por ejemplo Sapolsky y otros científicos han mostrado en los últimos años cómo los episodios de estrés prolongado afectan a la memoria porque

destruyen neuronas del hipocampo, deprimen el sistema inmunológico, aumentan la presión arterial, cambian la distribución de grasas en el cuerpo, afectan a los telómeros del ADN causando envejecimiento prematuro, alteran el ciclo menstrual, causan disfunción eréctil, e incrementan el riesgo de enfermedad cardíaca. Por tanto, una exposición continuada al estrés produce una disminución en la eficacia del nivel general de funcionamiento biológico del organismo, y muchos de los dolores leves pueden tener su origen en el estrés o verse empeorados por este. Algunos trastornos psicósomáticos que son frecuentemente resultado del estrés son las úlceras, el asma, las artritis, la hipertensión arterial y los eczemas.

A *nivel psicológico* padecer un nivel elevado de estrés puede además causar deterioro cognitivo y afectar al rendimiento. Su cronicidad impide a las personas afrontar de manera adecuada la vida, y se pierde la capacidad de enfrentarse a nuevos estímulos estresantes. El individuo comienza a desarrollar una serie de errores cognitivos en la interpretación de su conducta, de sus pensamientos, y de algunas situaciones, que, a su vez, le inducen a adquirir una serie de temores irracionales, fobias, etc., que pueden acabar siendo un problema severo de salud mental (trastornos de ansiedad, depresión, disforia...).

Además de los efectos directos sobre las funciones físicas y psicológicas, el estrés también pueden tener efectos secundarios sobre el estado de salud. Aumenta las conductas de riesgo sobre la salud, como son un mayor consumo de alcohol, tabaco o la disminución de las horas de sueño, conductas que a su vez, pueden acompañar aumentos en el nivel de estrés (Cohen, Kessler, & Gordon, 1995).

En la relación entre estrés y salud, uno de los recursos personales de mayor interés en la literatura científica han sido las estrategias de afrontamiento, que tendremos ocasión de comentar en detalle más adelante, las cuales han demostrado jugar un papel muy importante como factor protector frente a las circunstancias estresantes. Existen diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, más o menos efectivas, dependiendo del contexto en que se han de utilizar, pero su efecto sobre la salud suele ser el siguiente:

- Las estrategias que utiliza el individuo *centradas en el problema* se asocian con resultados más positivos en la relación estrés-salud.

- Las estrategias dirigidas a intentar *disminuir la emoción* producida por la situación estresante, parecen relacionarse significativamente con estados de ansiedad y la depresión.
- La *evitación*, frente a circunstancias estresantes, tienen también consecuencias negativas para la salud.
- Tanto la *confrontación*, como el *distanciamiento* parecen llevar a peores resultados, mientras el autocontrol y la búsqueda de apoyo social pueden funcionar adecuadamente sin consecuencias severas sobre la salud de la persona.

En el ámbito penitenciario, las posibles consecuencias que hemos comentado del estrés sobre el individuo adquieren una relevancia y gravedad mucho más importantes, por la mayor frecuencia, intensidad y acumulación de estresores que implica la estancia en prisión y por la situación de estrés prolongado a la que se somete al individuo encarcelado.

### c) **La prisión como fuente de estrés**

Hay abundante literatura científica que ha abordado el estudio del estrés en el medio penitenciario, sin embargo se ha centrado mayormente en el personal que trabaja en prisión, en sus niveles de estrés y las consecuencias derivadas, por ejemplo el síndrome de burnout, interesándose en menor medida en las personas en situación de reclusión.

No obstante, parece evidente que la frecuencia e intensidad de situaciones estresantes serán mayores para las personas que se encuentran en prisión que para la población general, lo que convierte a la prisión en una importante fuente de estrés y hace relevante su estudio por las circunstancias tan particulares en que se desarrollan los procesos de estrés dentro de la cárcel.

Desde el momento del ingreso en prisión el individuo ha de hacer frente a numerosos estresores, agudos y puntuales; o crónicos, que tendrán consecuencias sobre su estado físico y mental, en mayor o menor medida, dependiendo de otras variables amortiguadoras. Los resultados de un estudio de Jones en 1976 en Estados Unidos permiten confirmar los elevados niveles de estrés en prisión a los que hacíamos antes referencia. Este trabajo poner

de relieve que el grado de estrés entre los reclusos es 3,6 veces más elevado que entre la población general.

En lo que se refiere a los motivos que subyacen a un mayor nivel de estrés, Blaauw y Kerkhof (1998, 2001, 2007) informan de un aumento del estrés entre la población reclusa debido, principalmente, a la privación de las relaciones con el mundo exterior y sus consecuencias (restricción de relaciones sexuales heterosexuales, escasa autonomía, pérdida de seguridad personal).

Una interesante revisión acerca de las consecuencias derivadas del estrés en prisión es la realizada por Johnson R. y Toch H. en 1982 con internos y personal penitenciario. Se interesaron por conocer la relación del estrés en prisión con el hacinamiento y la victimización, el impacto en subgrupos y las estrategias de afrontamiento. Entre los trabajos que revisaron estos autores es consistente la afirmación de que la interacción entre hacinamiento, enfermedad, una población penitenciaria heterogénea, y altas restricciones de seguridad produce altos niveles de estrés y puede derivar incluso en actos de violencia colectiva.

La mayor frecuencia de demandas puede suponer para muchos internos una situación de estrés crónico, con nefastas consecuencias. En muchos de los casos este estrés afecta al funcionamiento psicológico positivo o nivel de bienestar psicológico del interno, dada la falta de recursos personales y de factores de protección frente a los estresores que sufre en prisión. Un pobre funcionamiento psicológico implicará un mayor desgaste físico y mental del interno frente a un estrés crónico o prolongado en prisión y el interno no podrá amortiguar las consecuencias nocivas derivadas de este estrés continuo sobre su salud.

Esta elevada tensión o nivel de estrés en prisión se traduce en un importante incremento de los intentos de suicidio (Liebling, 1992) y en otras conductas desadaptadas, como el aumento de conductas hetero y autolesivas (Kirchner y Mohino 2003). En la mayoría de las ocasiones se concentran este tipo de conductas autolesivas en las primeras semanas tras el ingreso en prisión, hasta que se produce una adecuada adaptación al nuevo entorno por parte del individuo.

### 6.3 EL PROCESO DE ADAPTACION A LA PRISIÓN

---

*“Los primeros días al ingresar fueron malísimos, muy deprimentes, lloré muchísimo porque me pareció muy injusto que haya tenido que venir aquí. Ahora ya estoy mucho mejor, intento llevar las cosas adelante”.*

*Interno CP.Herrera*

*“Ingresé más tranquilo pero obviamente la intimidación penal empieza a hacer mella y estoy un poco más nervioso y con bastante ansiedad”.*

*Interno CP.Herrera.*

#### a) La prisionización

La entrada en la cárcel pone en marcha un proceso de adaptación al entorno penitenciario que muchos autores coinciden en llamar prisionización. La prisionización se caracteriza por la asimilación por parte de los internos de hábitos usos, costumbres y cultura de la prisión, así como una disminución general del repertorio de conducta de los individuos, por efecto de su estancia prolongada en el centro penitenciario, (Clemmer, 1940; Goffman, 1979; Pérez y Redondo, 1991; Pinatel, 1969).

El fenómeno de la “prisionización” ha sido descrito por diversos autores (Clemmer, 1958; Gillespie, 2003; Thomas, 1977; Wheeler, 1961), y aunque existen controversias en cuanto al tiempo que dura el proceso y a su impacto sobre el individuo una vez que regresa a la vida en libertad (Walters, 2003), los investigadores normalmente están de acuerdo con el hecho de que el ambiente en prisión induce a un estilo de vida altamente demandante que requiere que los reclusos se adapten a una cultura que no se parece a ningún otro ambiente en el exterior.

Clemmer (1940), por ejemplo, define la prisionización como “el conjunto de adaptaciones biológicas, psíquicas y sociales del individuo en prisión al esquema normativa de la comunidad de reclusos”. Subyace, así, un fenómeno de adaptación y conformismo a cuadros normativos. Para que se produzca la prisionización, Clemmer considera que deben tenerse en cuenta una serie de variables:

- La propia configuración de la prisión, más o menos cerrada o cercana a la comunidad, sería el caso, en nuestro país, de los establecimientos penitenciarios ordinarios o de los Centros de Inserción Social.

- Influirán también variables relacionadas con los reclusos: hacinamiento, duración de la condena, experiencia o ingresos previos en prisión.
- Y hay variables externas que pueden amortiguar este fenómeno, como son la vinculación familiar o el disfrute de beneficios.

A estas variables, yo añadiría un factor más: el nivel de bienestar psicológico, entendido como funcionamiento psicológico saludable de los individuos encarcelados, que tendría también un papel protector frente a la prisionización.

Otros autores como Bermúdez-Fernández (2006) definen la prisionización como un “proceso por el que una persona, como consecuencia directa de su estancia en prisión, asume, sin ser consciente, el código de conducta y valores que dan contenido a la subcultura carcelaria”. Según este autor, el tipo de prisionización dependerá de dos factores:

- La personalidad del recluso, su madurez personal y su capacidad intelectual.
- Las circunstancias externas: frecuencia de los ingresos, duración media de estancias en prisión, cuantía de las condenas, tipo de delitos.

En la investigación científica, uno de los trabajos más interesantes acerca de la adaptación del individuo a la prisión es el realizado por Becerra, S. y cols (2008). Estos autores exploraron de forma longitudinal la adaptación psicosocial de una muestra de reclusos y reclusas de un Centro Penitenciario de Bogotá (29 mujeres y 13 hombres que llevaban dos meses en prisión, 152 personas recién ingresadas y de estas últimas, 31 a los dos meses de ingresos). Observaron que, a los dos meses de ingreso, ya es evidente el proceso de prisionización con la adquisición de jerga carcelaria. También se encuentra mayor sintomatología emocional y cognitiva en las mujeres que en los hombres, en forma de mayor ansiedad, depresión, síntomas psicósomáticos, visión más negativa del mundo, locus de control más bajo, y mayor riesgo de suicidio. Además, se confirma en este estudio el papel del apoyo social como factor protector frente a los efectos nocivos del encarcelamiento.

## **b) El código del recluso**

La adaptación al clima social de la prisión pasa en muchos casos por la asimilación del código del recluso, que es el reflejo de la subcultura carcelaria. El código se genera en la prisión como una forma de defensa de los propios reclusos, para reducir su sensación de rechazo social, y para mitigar los rigores del encarcelamiento (teoría funcionalista de Sykes y Messinger, 1960) aunque según autores como Wheeler algunos aspectos del código del recluso son parte del código del delincuente que ya imperaba en la calle.

El código como tal no es necesariamente negativo, ni representa valores negativos. Su objetivo es la defensa del interés del preso. Se conforma en torno a valores esencialmente positivos, como la solidaridad, la lealtad, la no delación, el esfuerzo en común, la rebelión contra la injusticia. Lo negativo del código es su manifestación en conductas y actitudes que ponen de manifiesta una significativa violencia, además, la infracción del código lleva aparejada la agresión física o moral violenta.

Los principios fundamentales del código del recluso se resumen en (Caballero, 1981):

- Su norma básica: la no delación. Frente a las instancias oficiales existe una regla del silencio y no inmiscuirse en la vida del prójimo.
- Frialdad en las reacciones.
- No “explotar” a los internos-colegas mediante fuerza, fraude o engaño. Los grupos de presión cuentan con sus líderes o “Kies” y deben ayudarse dentro del grupo.
- Normas que giran en torno al mantenimiento del yo, aguantar las frustraciones. Dureza personal, resistencia y fortaleza física y mental.
- Hostilidad, desprecio y desconfianza hacia el funcionario.
- El conflicto entre interno y funcionario debe ser considerado como una agresión a todo el colectivo de reclusos.

La aceptación del código no significa necesariamente su puesta en práctica, y su aceptación depende en gran medida del grado de criminalización del recluso expuesto al mismo.

Dicho esto, debemos dejar constancia del escaso seguimiento real que se hace en la actualidad del código del recluso por parte de los presos. Algunos de los motivos que han llevado a esto son: a) La escasa capacidad social con la que cuentan muchos de los reclusos,



lo que dificulta su capacidad para ponerlo en práctica; b) Las inconsistencias del propio código, cargado de contradicciones –por ejemplo, mostrar frialdad y no agredir versus ser un hombre-; c) En última instancia, dado que sus normas son contrarias a las normas oficiales de la prisión, el preso arriesga la consecución de beneficios penitenciarios si asume el cumplimiento estricto del código del recluso (McCorkle y Korn, 1954).

A estos motivos, mi experiencia profesional en el ámbito penitenciario me permite sugerir otros factores que han dificultado la asimilación del código del recluso en nuestras prisiones:

- El incremento tan grande de la población extranjera en las prisiones españolas en estos últimos años, con dificultades de comprensión y expresión idiomática, lo que dificulta el seguimiento y asimilación de las conductas propias del código del recluso.
- La entrada en prisión de personas con perfiles socialmente más normalizados, que cumplen condena por delitos por ejemplo, de violencia de género o contra la seguridad del tráfico, y que, aunque puedan presentar problemas de abuso de drogas o alcohol y/o agresividad, muestran un perfil menos delincuenciado, y por tanto, menos proclive a asimilar el código del recluso.

### **c) Principales efectos de la prisionización**

Autores como Bermúdez-Fernández (2006) diferencian entre dos tipos de prisionización:

- Una *prisionización superficial*: que sería la expresión conductual de un proceso de adaptación plenamente normalizado a la prisión, tanto a las normas formales como a las informales;
- Una *prisionización más profunda*: en la que se asumen valores subculturales de la cultura carcelaria, se pierde así la capacidad de actuación individualizada.

Otros investigadores como Arroyo y Ortega (2009) dividen el proceso de adaptación o prisionización en tres niveles de afectación:

1. El primero consiste básicamente en un comportamiento regresivo, inmaduro, ansioso e inestable desde el punto de vista afectivo, como respuesta a la entrada en la prisión.
2. En caso de que se produzca un fallo adaptativo, un segundo estadio daría paso a verdaderos desórdenes de conducta, caracterizados por comportamientos agresivos (auto o heteroagresividad), aparición de un deterioro afectivo depresivo o la presencia de episodios relacionados con trastornos de ansiedad en diferentes manifestaciones, bien somatizadoras, bien a modo de episodios ansiosos agudos.
3. En un tercer nivel de este proceso de deterioro, aparecerá una patología mental severa, con brotes psicóticos, trastornos afectivos severos, reacciones vivenciales a normales o graves crisis de ansiedad e inadaptación a la prisión.

A estos niveles de prisionización, entendidos como modos en que la adaptación a la prisión afecta al individuo, Herrera y Expósito (2010) añaden otros dos efectos derivados de la prisionización:

- El aumento del grado de dependencia de las personas encarceladas, debido al amplio control conductual al que se ven sometidas. La mayoría de las decisiones que afectan su vida diaria les son impuestas, escapando de su propio control. En los internos el locus de control externo es significativamente más frecuente (Pérez y Redondo, 1991; Rotter, 1966).
- Devaluación de la propia imagen y disminución de la autoestima, (Smith y Hogal, 1973), que sigue un patrón en forma de U durante el tiempo en prisión. Cuando la prisionización es máxima es cuando la autoestima más baja está (Pérez y Redondo, 1991).

La experiencia subjetiva de cada recluso respecto a la prisión influirá no sólo en su proceso de adaptación o prisionización, sino también en los planos cognitivo, emocional y conductual del individuo, pudiendo alterar sus niveles de bienestar psicológico y estado de salud mental.

Mencionar, por último, un importante factor a tener en cuenta en el proceso de adaptación a la prisión que es el *tiempo*, elemento que toma especial relevancia en el medio penitenciario de dos maneras, en cuanto a la duración de la condena y referido también al tiempo de encarcelamiento que lleva la persona. El efecto del factor tiempo sobre la adaptación a la prisión puede afectar de diferentes formas, así, algunos autores afirman que los efectos negativos asociados al tiempo de internamiento pueden acentuarse a lo largo del mismo mientras otros síntomas pueden remitir o estabilizarse. Paulus y Dzindolet, 1993, por ejemplo, afirman que los internos reflejan respuestas diferentes a diversos aspectos del clima de la prisión: mientras que la preocupación por los problemas externos suele decrecer, aumenta la inquietud por los conflictos en el interior de la prisión. Estos mismos autores proponen un modelo de adaptación a la prisión basado en dos componentes:

- Por un lado la evaluación de la vida en prisión que hacen los internos, tanto mujeres como hombres, se vuelve más negativa a medida que aumenta el tiempo de internamiento, debido a las continuas deprivaciones dentro de la cárcel y a problemas que pueden surgir en las relaciones con el personal penitenciario, con otros internos y con los programas y procedimientos de la institución.
- Sin embargo, el incremento en la familiaridad con el personal, los procedimientos y la población hacen que el nivel de incertidumbre disminuye con el tiempo, y ello se refleja en una reducción en los niveles de estrés fisiológico.

#### **6.4 CONSECUENCIAS DE LA ESTANCIA EN PRISIÓN**

---

*“La prisión me ha afectado más de lo que podía esperar, será por la edad. La personalidad creo que me la ha anulado y me digo “yo no soy así, tan apagado” y cada vez más. Muchas veces pienso que la prisión va a acabar conmigo. Y de estado de ánimo en una palabra “vacío”, sin sentido ahora mismo”.*

*Interno CP.Herrera*

*“La cárcel a mi me ha afectado para bien porque he aprendido a conocerme a mí mismo y he recuperado y encontrado valores que no apreciaba cuando estaba en libertad”.*

*Interno CP.Herrera*

*“A mí la prisión no me ha afectado en mi forma de ser, sigo siendo el mismo, es más, ahora soy más tranquilo, tengo más confianza en mí y soy más responsable”.*

La privación de libertad parece la consecuencia más obvia del encarcelamiento, sin embargo existen otras muchas dimensiones que se ven afectadas. La estancia en prisión puede llegar a tener efectos muy negativos sobre los individuos privados de libertad en todas las esferas de su vida: emocional y afectiva, cognitiva, conductual, física y relacional.

Durante las últimas décadas la investigación científica, a nivel nacional y sobre todo internacional, han mostrado cómo la estancia en prisión supone una situación de estrés crónico que puede tener graves consecuencias sobre los reclusos, (Edwards, W.T, 2008; Becerra, S. y cols, 2008; Andersen, 2004). Los internos a menudo experimentan un bajo control personal, no pueden escapar de los estresores y suelen carecer de apoyo social a nivel tanto de empatía como de apoyo emocional (Cohen y Taylor, 1981). Así el aumento del estrés, la ansiedad y la depresión son síntomas característicos del encarcelamiento (Harding, 1984).

No obstante, los efectos nocivos derivados de la estancia en prisión no afectan por igual a todos los reclusos. En 1980 Bukstel y Kilmann publicaron un interesante estudio sobre este tema. Estos autores revisaron 90 investigaciones experimentales sobre los efectos psicológicos del encarcelamiento en variables conductuales, de personalidad y actitudinales. Los resultados sugieren que el encarcelamiento no es dañino de forma generalizada para todos los individuos: algunas personas se deterioran en respuesta a la reclusión; otras personas, en cambio, mejoran su funcionamiento, y otras no muestran ningún cambio aparente. Una compleja interacción de variables, incluidas las diferencias individuales, la orientación institucional, el nivel de hacinamiento, el momento de la sentencia, o la afiliación con otros internos parecen influir en la respuesta individual al encarcelamiento. Como señalaban ya en los años 80 Bukstel y Kilmann, los diferentes patrones de adaptación al encarcelamiento en relación a las diferencias individuales son un área todavía por explorar.

Además de algunos de los efectos que ya hemos mencionado en apartados anteriores (véase p.106 y ss.) diversos autores han analizado detenidamente las consecuencias más inmediatas derivadas de la estancia en prisión (Cooke, Baldwin y Hamison, 1990; Bermúdez-

Fernández, 2006; Valverde, 1991; Clemente, 1997). Por citar algunas de esas consecuencias:

- *Pérdida de control*: la habilidad para elegir el modo en el que quiere vivir cada persona su vida es muy importante. Cuando una persona entra en prisión esta capacidad de elección se pierde. La prisión conlleva la imposibilidad de decidir sobre la evolución de las propias circunstancias personales, familiares y sociales. La vida personal del recluso pasa a estar totalmente reglamentada, y no pueden decidir acerca de los aspectos más básicos del día a día. Esta situación suele derivar en dos consecuencias importantes: la falta de responsabilidad del recluso y la ausencia de expectativas de futuro. No obstante, en algunos internos la progresiva y creciente adaptación del individuo al medio le permite ir adoptando decisiones que, aunque tengan una mínima trascendencia, sí son importantes para su recuperación personal.
- *Ansiedad constante*: el grado de ansiedad es inversamente proporcional al nivel de conocimiento del medio penitenciario. Desde el ingreso el nivel de ansiedad del individuo se incrementa significativamente, provocando una elevada tensión emocional. Las tensiones propias del ingreso se van aliviando progresivamente a través de la exposición a la realidad carcelaria y el preso supera la ansiedad reactiva al ingreso. Sin embargo, el interno mantiene un nivel de ansiedad propio de la situación de encarcelamiento, que es superior al que pudiera tener en libertad. Las formas de expresión de dicha ansiedad son muy diferentes en función de las circunstancias de cada persona.
- *Falta de estímulo*: la estancia en prisión suponen muchas horas al día sin hacer nada, lo que hace que la capacidad de pensar y reflexionar se vea alterada, la toma de decisiones y solución de problemas se dificulta y resulta más complicada para el individuo, y se va perdiendo más según se prolonga el tiempo en prisión. Genera además, sensación de vacío y pérdida del autoconcepto. Se produce así un empobrecimiento vital y síndrome amotivacional.
- *Presentismo galopante*: la falta de control sobre la situación personal y familiar del preso, unido a la ausencia de expectativas sobre su futuro hacen que el interno viva en un presente constante, sin pensar ni planificar en el corto o medio plazo.

- *Desproporción reactiva:* ante situaciones y cuestiones que en otro contexto no tendrían la más mínima importancia en el medio penitenciario se exageran y toman una gran importancia, pudiendo derivar en conflictos grupales serios como motines o plantes.
- *Dualidad adaptativa:* para mantener unos mínimos niveles de autoestima, se ve obligado a afirmarse frente a un medio hostil y se produce una autoafirmación agresiva o la sumisión frente a la institución.
- *Despersonalización:* La pérdida de la propia individualidad hace que el interno no dude en requerir una atención constante para con su persona y situación carcelaria.
- *Baja autoestima:* La doble situación de capacidad-incapacidad y éxito-fracaso en la resolución de las circunstancias a las que el individuo se ve expuesto, permiten aventurar un diagnóstico acerca del nivel de autoestima personal del que disfruta el individuo, que suele ser bajo. El ingreso carcelario pone a prueba la capacidad de adaptación y de superación personal.
- *Pérdida de intimidad:* Los reclusos durante su estancia en prisión se ven forzados a convivir permanentemente entre sí. No es fácil encontrar lugares, espacios o momentos propios y personales que permitan el sosiego, la tranquilidad y la reflexión. La vida sexual del individuo también se ve alterada.
- *Convivencia forzada:* la estancia en prisión supone el convivir día tras día con otros delincuentes cuyos delitos y perfiles de peligrosidad el individuo desconoce pero le generan una situación de tensión y alerta constantes.
- *Dominio o sumisión en las relaciones interpersonales:* el interno se ve obligado a agruparse tanto para defenderse como para dominar.
- *Pérdida de vinculación con la familia.* A pesar de los contactos periódicos y regulares que la prisión facilita, el alejamiento de la familia y el abandono del rol que el individuo tenía en la misma se hace inevitable. Lo mismo sucede con el apoyo social de amigos, y el papel que el individuo tuviera en el mismo.
- *Consumo de drogas:* Aumenta el riesgo de caer en drogadicción y el sometimiento al sistema de dominación y chantaje que genera el mundo de la droga en el patio.

La adaptación de la persona a esta realidad se corresponde con el proceso de prisionización que explicábamos, y que puede acabar teniendo secuelas sobre el individuo. El proceso de inadaptación social previo al ingreso, y el de prisionización después, incidirán en la mayor probabilidad de aparición de consecuencias negativas en el interno como las que acabamos de mencionar.

Por su parte, podemos hablar también de consecuencias más graves, producidas en el medio o largo plazo y que están directa e indirectamente relacionadas con la situación de reclusión. Pueden diferenciarse entre: a) *consecuencias para la salud mental del recluso*; b) *consecuencias sobre las conductas de riesgo o desadaptadas*. La exposición de estos apartados se ha realizado en detalle en el siguiente apartado (véase p.165 y ss.) en el marco del modelo teórico propuesto para el desarrollo de este trabajo.

## **7. MODELO DE ESTRÉS Y BIENESTAR PSICOLOGICO EN PRISION**

---

### **7.1 DESCRIPCION GENERAL**

En el marco de la psicología positiva, y partiendo del concepto de bienestar psicológico como funcionamiento psicológico positivo u óptimo (Ryff, 1989; Ryff y Singer, 1995), se considera necesario plantear un modelo teórico que permita explorar el nivel de bienestar psicológico de la población reclusa, a la vez que dé cuenta de los efectos que los estresores

que se producen durante la estancia en prisión tienen tanto a nivel de funcionamiento psicológico positivo, más estable, como de desgaste psicológico y agotamiento emocional, con consecuencias también sobre otros problemas de salud mental y conductas de riesgo de los internos. Se pretende, por tanto, proponer un modelo específico para el medio penitenciario que tenga en cuenta sus particularidades y las principales características de la población reclusa.

Este modelo puede servir como punto de partida para varios fines:

- *Explicar los procesos de estrés que se producen en prisión*, esto es, el efecto que los estresores derivados del encarcelamiento tienen sobre el bienestar psicológico del interno y también el nivel de desgaste y agotamiento que en él produce. Considerando en esta relación el papel de los recursos externos y personales como amortiguadores.
- *Facilitar y fomentar la investigación científica* en torno al medio penitenciario y desde una perspectiva positiva. Especialmente en el estudio del impacto del encarcelamiento y las consecuencias derivadas de la estancia en prisión, dada la necesidad de más investigaciones que den cuenta de este tema.
- *Diseñar y definir intervenciones terapéuticas* dirigidas a potenciar los rasgos positivos y fortalezas de los internos, y a mejorar su nivel de bienestar psicológico, favoreciendo un funcionamiento psicológico positivo. Esto ayudará a disminuir los efectos nocivos derivados del encarcelamiento y a conseguir mejoras en su salud mental.

Para la elaboración de esta propuesta se han tomado con referencia dos desarrollos teóricos:

- Por un lado, y para definir el concepto central de esta propuesta, esto es, el *bienestar psicológico*, se ha partido del Modelo Multidimensional de Carol Ryff y sus seis dimensiones para definir el funcionamiento psicológico óptimo de una persona. (véase p.76 y ss. para más detalles)
- Por otro, se ha realizado una adaptación del Modelo de Demandas y Recursos Laborales (JD-R) de Demerouti, Bakker, Naschreiner y Schaufeli (2001b; 2007) adecuándolo al contexto penitenciario. Hemos tomado este segundo modelo como



referencia por tratarse de un modelo heurístico y parsimónico, que permite integrar tanto los antecedentes (demandas / estresores y recursos) como las consecuencias, positivas y negativas, relacionadas con el bienestar psicológico de la persona. Hasta ahora el ámbito de aplicación de modelo JD-R ha sido mayormente el contexto laboral, aunque estos últimos años también se ha aplicado al contexto académico. Bakker y Demerouti plantean inicialmente utilizar su propuesta como un modelo de dirección de Recursos Humanos, sin embargo, incentivan a que en el futuro se aplique a diferentes campos de actividad, ya que aseguran que puede mejorar el bienestar del individuo y sus actuaciones. Además, el Modelo de Demandas y Recursos permite adaptar el tipo de demandas y recursos estudiados a la realidad concreta que se desee investigar. En nuestro caso, proponemos su adaptación en el medio penitenciario, con las necesarias modificaciones conceptuales y relacionales, que a continuación exponemos.

También se han considerado las aportaciones realizadas a partir del *Modelo Procesual de Personalidad Positiva y Salud (2005)* que considera la personalidad de forma dinámica, como proceso que interacciona con el contexto que le rodea en situaciones de estrés. (para más detalles sobre este modelo véase página 60).

#### **a) El Modelo de Demandas y Recursos Laborales (JD-R)**

En 2001 Bakker y Demerouti comienzan a desarrollar el Modelo de Demandas y Recursos Laborales (JD-R), para investigar dos dimensiones del desgaste profesional (el agotamiento y el disengagement).

Posteriormente, haciéndose eco de las propuestas y estudios desde la psicología positiva, estos autores han dirigido su línea de investigación hacia el bienestar y el engagement laboral (por ejemplo, Bakker, 2009; Bakker, Demerouti & Xanthopoulou, 2007; Hakanen y cols. 2008) quedando demostrada la utilidad de este modelo para la conceptualización e investigación del bienestar, tanto en términos de desgaste profesional -agotamiento emocional, cinismo o despersonalización y disengagement- como de engagement -vigor, dedicación y concentración- (Schaufeli y Bakker, 2004).

Los modelos en los que se basan estos autores para su propuesta son:

- a) El *Modelo de Control de Demandas de Karasek*, de 1979 (Karasek&Theorell, 1990) según el cual la tensión laboral es producida por la combinación de altas demandas en el trabajo y bajo control – el control potencial del individuo sobre sus tareas y conductas-.
- b) El *Modelo de Esfuerzo – Recompensa de Siegrist* - (1996) que asume que la tensión en el trabajo es el resultado de un desequilibrio entre el esfuerzo (demandas externas del trabajo más la motivación intrínseca para hacer frente a tales demandas) y la recompensa (en términos de salario, estima, etc.).

El núcleo central del Modelo JD-R son dos procesos psicológicos diferentes:

- *Proceso de tensión*: el estrés en el trabajo es resultado de un desequilibrio entre las demandas a las que los empleados están expuestos y los recursos que tienen a su disposición. Así, las elevadas demandas o estresores crónicos agotan los recursos mentales y físicos del individuo, producen desgaste y deterioran la salud laboral de la persona.
- *Proceso de motivación*: proceso positivo que asume que los recursos laborales influyen en la motivación y conllevan un alto *engagement* laboral.

Además de las demandas y los recursos laborales, en 2007 Xanthopoulou, Bakker, Demerouti y Schaufeli otorgan a los *recursos personales* un papel importante en el modelo JD-R. Observaron estos autores que los recursos personales explican, junto con las demandas y recursos laborales, la varianza en el agotamiento y en el engagement.

En base a esto, Bakker y Demerouti (2008), propusieron una reformulación del modelo JD-R, donde los recursos laborales se relacionan con los recursos personales movilizando y generando mayor compromiso laboral y mejor desempeño en el presente y en el futuro, otorgando así una especial importancia al estudio de los recursos personales.

Empíricamente son numerosos los trabajos que se han realizado a partir de este modelo teórico (Bakker, Demerouti, de Boer & Schaufeli, 2003; Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2003; Bakker et al, 2004; Bakker & Geurts, 2004; Lewig, Xanthopoulou, Bakker, Dollard & Metzger, 2007). Estas investigaciones han permitido afirmar que: a) Las demandas laborales se encuentran principalmente relacionadas con la dimensión de agotamiento; b) La pérdida

de recursos parece predecir principalmente la falta de compromiso, (*disengagement*); c) Y que este patrón se repite en diferentes profesiones y también en otros ámbitos como el académico.

Al revisar varios estudios transaccionales se ha observado que el agotamiento en el ámbito laboral se puede predecir por:

1. La ausencia de recursos como el apoyo social, feedback y el apoyo de los supervisores (Schaufeli & Bakker, 2004);
2. La falta de control, el apoyo de supervisor, la desinformación, el clima social y el clima innovador (Hakanen, Bakker & Schaufeli, 2006);
3. La falta de apoyo social (Janssen et al, 2004).

En lo que se refiere al polo positivo, o proceso de motivación, diversos estudios han relacionado, en el ámbito laboral, recursos laborales y personales con el aumento de la motivación (Fried & Ferris, 1987; Hackman & Oldham, 1980; Houkes, Janssen, De Jonge & Bakker, 2003), el engagement (Bakker, Demerouti, & Verbeke, 2004; Mauno, Kinnunen & Ruokolainen, 2007) y la mejora de actuación (Tierney & Farmer, 2002).

#### **b) Adecuación del modelo JD-R al ámbito penitenciario**

Los principales motivos que justifican el haber tomado como referencia el Modelo de Demandas y Recursos Laborales serían los siguientes:

##### ***Conceptos de estrés y bienestar desde una perspectiva positiva***

El modelo de Demandas y Recursos Laborales relaciona los *constructos de estrés y bienestar*, conceptos principales para el desarrollo teórico que proponemos.

Incluye, además, una *perspectiva positiva*, al no considerar únicamente el impacto negativo del estrés sobre el bienestar del individuo, en forma de desgaste, sino que: incluye el papel amortiguador de los recursos externos y personales; incorpora un polo positivo en la

relación, esto es, el proceso de motivación; y añade las consecuencias en un sentido positivo, derivadas de dicha relación entre estrés y bienestar.

### ***El estrés crónico***

La situación de *estrés crónico* o prolongado, con altas demandas, que producen desgaste psicológico en el contexto de trabajo se da también en el medio penitenciario. En ambos casos hay una falta de control por parte del individuo de las demandas o estresores, mucho más acentuada en el caso del contexto penitenciario. Además, se suele producir en los dos contextos, una acumulación de estresores o una cronificación de los mismos con el paso del tiempo.

No obstante hay que remarcar una importante diferencia: frente a la posibilidad de despedirse que tiene el empleado, la vinculación obligada del interno con la Administración Penitenciaria hasta ser liberado por un juez o cumplir condena, le impide abandonar la situación estresante a la que se ve sometido, por muy insostenible que sea, lo cual implica que la sensación de falta de control frente a los estresores del medio penitenciario será mucho mayor en nuestro caso, lo cual, a su vez, afectará e intensificará el proceso de tensión que define el modelo JD-R y que deriva en un mayor nivel de desgaste y agotamiento en el individuo.

### ***El desgaste como agotamiento emocional***

Por su parte, de las tres dimensiones que tradicionalmente han compuesto el constructo de desgaste profesional o burnout (agotamiento, cinismo, y disengagement) recientes estudios afirman que la dimensión más significativa es el *agotamiento emocional* (Shirom, 2002), más que el cinismo o la falta de realización laboral para las cuales los resultados empíricos siguen siendo contradictorios.

Esto llevaría a pensar que el proceso de desgaste, que ha sido casi exclusivamente estudiado en el ámbito laboral puede producirse en otros ámbitos donde se cumplan las mismas características, y en los cuales la persona se enfrente a una situación de estrés que se cronifica y sobre la que el sujeto no tiene control, y siendo la principal consecuencia el agotamiento emocional. (y no tanto el cinismo o el disengagement).

Y el desgaste o *agotamiento emocional* del que hablan los estudios referidos al burnout en el contexto laboral, es equiparable a la descripción de altos niveles de ansiedad que diferentes trabajos han confirmado para la población penitenciaria como consecuencia de la situación de estrés prolongado a la que se ve sometida la persona durante su tiempo de reclusión (Harding, 1984; Ruiz, 2007; Mur de Araujo y Pano Quesada, 2008; Harding y Zimmerman, 1989).

Además, Shirom (2002) al hablar del desgaste profesional señala que existen tres formas básicas de recursos energéticos que el individuo posee a nivel individual -físicos, emocionales y cognitivos- en cualquier contexto de la vida. Estos recursos se relacionan entre si y, tras un estrés crónico, derivan en: *fatiga física*, *agotamiento emocional* y *cansancio cognitivo*, síntomas que la literatura científica también ha descrito al hablar sobre el efecto de la estancia en prisión sobre los reclusos (Véase pp. 106 y ss y 165 y ss.).

#### ***El distanciamiento o cinismo***

La estrategia de afrontamiento más utilizada por los individuos agotados, tal y como muestran diferentes investigaciones sobre el desgaste laboral o burnout, es el *cinismo o despersonalización*. La despersonalización o cinismo de los individuos que padecen burnout es equivalente a la frecuente actitud de distanciamiento de los reclusos ante las situaciones estresantes a las que deben hacer frente en la cárcel.

#### ***Los recursos personales***

Como veíamos, el Modelo JD-R ha incluido recientemente el papel mediador, moderador o potenciador de los *recursos personales* a la hora de hacer frente a las demandas o situaciones estresantes. Son precisamente estos recursos personales los que consideramos que tendrán un papel muy importante en nuestro modelo para explicar las diferencias en el modo en que el encarcelamiento afecta a los internos, y que en otros trabajos y perspectivas teóricas se han definido como diferencias individuales (p.e. Bukstel y Kilmann, 1980)

#### ***Procesos de tensión y motivación***

Los procesos centrales del modelo JD-R, el de *tensión* y el de *motivación*, pueden extrapolarse al ámbito penitenciario, pero especialmente el proceso de tensión. Este proceso podría dar cuenta del efecto del estrés crónico sobre el agotamiento emocional de los

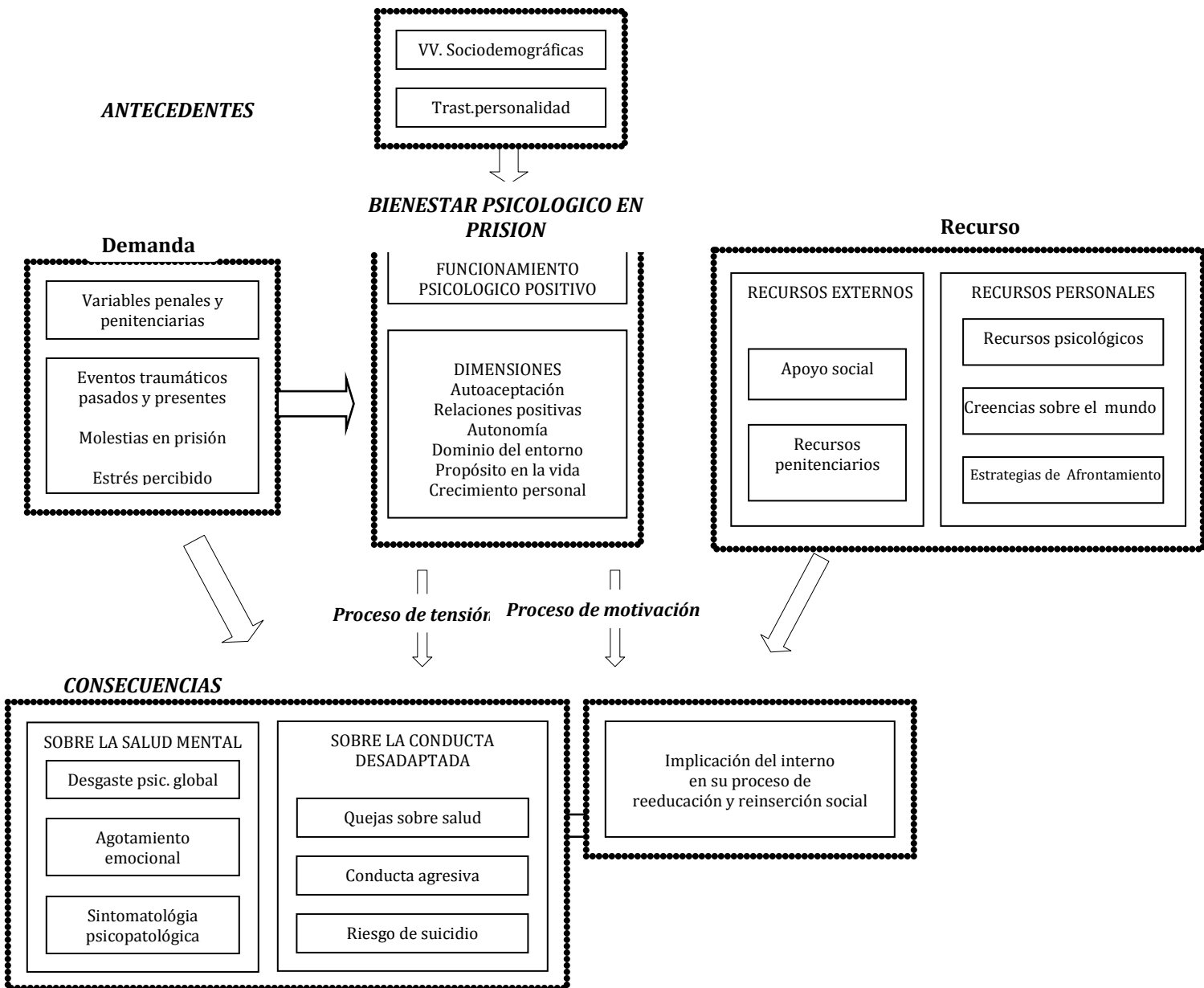
reclusos y ser una de las causas que explique el porqué de la frecuente aparición de problemas de salud mental y empeoramiento de las enfermedades mentales que padece la población reclusa, cifras significativamente más elevadas que en la población general.

Más difícil parece que se produzca el proceso de motivación del modelo JD-R también en prisión. La motivación de los internos suele ser utilitarista y extrínseca. Sin embargo, algunos estudios sí que hablan del papel tan importante de recursos como el apoyo social en el éxito de los programas de tratamiento (Moreno y Zambrano, 2005) y en la futura reinserción social del individuo (Hairston, 2002), lo que nos hace pensar que también en el ámbito penitenciario puede producirse, aunque con ciertas limitaciones por las diferencias entre el contexto de prisión y laboral, una motivación y mayor compromiso del interno con su proceso de reinserción social a partir de los recursos personales y externos con los que cuente el individuo. Sin embargo, en este caso, no estamos seguros de si un moderado nivel de estrés serviría como potenciador de dicho proceso de motivación, podemos pensar que si se traduce en nivel de actividad vs. Inactividad en prisión, si que tendría sentido, si bien es difícil pensar en que las situaciones de estrés en prisión se vivan por el interno como positivas.

Es por ello, que el trabajo de investigación se centra especialmente en el polo negativo, es decir, en el proceso de tensión o desgaste psicológico del interno, aunque también se haga una breve referencia teórica al proceso de motivación en el medio penitenciario.

### **c) El Modelo de Estrés y Bienestar Psicológico en Prisión**

**Figura 7.1. MODELO DE ESTRÉS Y BIENESTAR PSICOLOGICO EN PRISON**



Antes de nada, es importante mencionar, una diferencia clara de nuestro modelo respecto del modelo JD-R. En el modelo JD-R el *desgaste laboral* es el eje central del mismo, y el agotamiento emocional y el bienestar son los dos polos de un mismo continuo, resultante de

la relación entre demandas y recursos. Sin embargo en nuestra propuesta distinguimos entre un concepto de *bienestar psicológico* entendido desde una perspectiva eudaimónica, y por tanto más estable e inherente al individuo, relacionado con su funcionamiento psicológico óptimo; y el de *desgaste psicológico*, similar al estudiado en los trabajos sobre burnout, y que en este modelo hemos dividido en dos dimensiones: desgaste psicológico global o general, y agotamiento emocional, más directamente referido a la sintomatología ansioso-depresiva. Creemos que el constructo de *bienestar psicológico* juega un papel muy importante en la relación entre *estrés y desgaste psicológico y emocional* que se produce en prisión, y consideramos que actuará como moderador en los procesos de tensión entre el estrés crónico de la prisión y la sintomatología psicopatológica del interno.

Pasamos ahora a explicar brevemente la figura 7.1 que resume el *Modelo de Estrés y Bienestar en Prisión*, para luego desarrollar en detalle los principales conceptos que esta propuesta incluye.

#### **Antecedentes: Demandas y Recursos**

Además de las variables sociodemográficas que pudieran ser más relevantes en el caso de la población reclusa, el modelo de Estrés y Bienestar Psicológico en Prisión considera que las condiciones o antecedentes que afectan al bienestar de los internos en prisión pueden ser clasificadas en dos categorías:

- **Demandas en prisión**

De carácter físico, psicológico, social o de la propia organización del centro penitenciario, las cuales requieren un esfuerzo y un suponen un coste físico y psicológico en los internos. Estas circunstancias no tienen porqué ser en si mismas negativas pero pueden llegar a ser factores de estrés. En el marco de este modelo, algunas de las demandas específicas más importantes serían:



1. *Estresores o variables penales-penitenciarias*: Esto es, aspectos específicos de la situación penal y penitenciaria de cada individuo (p.e. tipo de delito, duración de la condena, tiempo continuado en prisión, ingresos previos en la cárcel).
2. *Eventos traumáticos pasados o presentes*: Se refiere a dos tipos de situaciones estresantes vividas por el internos. Por un lado, aquellas que hacen referencia a las experiencias traumáticas acumuladas a lo largo de la vida del interno y, por otro, aquellas situaciones estresantes que se han producido, sobre todo, más recientemente en la vida del recluso, y que tendrán mayor relevancia si han sucedido durante su estancia en prisión. Incluirían, por ejemplo, el propio momento del ingreso en prisión, y pueden ser situaciones vividas dentro de prisión (violencia, amenazas, extorsiones, etc.) o eventos externos sobrevenidos mientras el individuo está en prisión y que consideramos le afectarán en mayor medida por encontrarse preso (fallecimiento de un familiar, pérdida de una casa, divorcio problemas de los hijos, etc.)
3. *Molestias que se producen en el contexto penitenciario*: Situaciones incómodas y preocupaciones que se acumulan en el día a día produciendo desgaste progresivo.
4. *Nivel de estrés percibido*: Valoración que hace el individuo del propio estrés que percibe en el momento presente. No es tanto un tipo de estresor o demanda como la percepción subjetiva que el individuo tiene de las circunstancias estresantes que le afecta. Este nivel reflejaría el *proceso de tensión* que experimenta el interno y que considera está viviendo.

- **Recursos en prisión:**

Fuentes de apoyo o factores de protección que pueden ayudar a reducir el impacto de los estresores y sus costos físicos o psicológicos, y permiten también conseguir los objetivos que tiene el interno en su propio proceso de reinserción y/o promueven el crecimiento personal, aprendizaje y desarrollo del interno. Podemos diferenciar entre dos tipos de recursos, los externos al individuo y los personales.

### 1. Recursos externos:

A partir de la revisión de la literatura científica y unido a la práctica diaria como psicóloga de prisiones, considero que los recursos externos más importantes serían:

- a. *Recursos penitenciarios:* Que moderan el efecto de los estresores sobre el interno, o ayudan a alcanzar los objetivos de su propia reinserción, e incluso buscan el crecimiento y desarrollo personal. Algunos ejemplos de estos recursos son: los instrumentos propios del tratamiento penitenciarios (permisos de salida, tercer grado, beneficios penitenciarios), el trabajo remunerado, los talleres ocupacionales, las actividades de ocio, las salidas programadas, las recompensas por las actividades realizadas, la participación en la vida del módulo, la seguridad y el apoyo percibido por parte de los profesionales del centro.
- b. *El apoyo social:* Aunque la relación entre apoyo familiar y adaptación a la prisión es compleja, en línea con Gibbs (1982a) podemos afirmar que el contacto con las redes externas, en especial con la familia, son un elemento crucial como estabilizador para el bienestar y el estado de salud de los internos. Además, y como veremos más adelante, los resultados en la literatura (Hairston, 2002; Travis, Cincotta y Solomon, 2005; Moreno y Zambrano, 2005) nos hablan del papel tan importante del apoyo social tanto el recibido dentro de prisión como la red externa de apoyo, como recurso frente al estrés derivado del encarcelamiento y también por su efecto motivador frente al propio proceso de reinserción.

### 2. Recursos personales:

Se trata de factores, rasgos o estrategias específicamente relacionados con el proceso de estrés, y que son útiles para hacerle frente. Del amplio abanico de recursos inherentes al individuo, que actualmente están siendo objeto de investigación en la literatura científica, hemos seleccionado los que consideramos más significativos en el colectivo y contexto estudiados. Esta selección se ha realizado a partir de la revisión de la literatura científica, y de las aportaciones del *Modelo de Personalidad Positiva y Salud de Moreno-Jimenez y cols (2005)*. Así distinguimos entre:

- a. Las *estrategias de afrontamiento*: Son el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante, e independientemente de sus resultados tienen un importante papel mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.
  
- b. Las *creencias sobre el mundo*: conjunto de creencias esenciales que la persona tiene sobre sí misma, el mundo y los otros, y que le permiten actuar y relacionarse en su vida diaria. Janoff-Bulman (1992) propone que este conjunto de creencias esenciales son representaciones cognitivas estables y puede estar relacionadas con necesidades universales siendo, por tanto, adaptativas y asociadas al bienestar de las personas. Dichas creencias son implícitas, se basan en la experiencia emocional y se mantienen fuertemente a pesar de la adversidad y las posibles evidencias en contra (Epstein, 1994; Janoff-Bulman, 1989, 1992). Sin embargo, se ha demostrado que estas creencias pueden ser alteradas y cuestionadas por hechos traumáticos, (Janoff-Bulman, 1989, 1992, 1999; Harris y Valentiner, 2002; entre otros).
  
- c. Los *recursos psicológicos*: En la literatura se definen los recursos psicológicos también como recursos personales, para referirse a las características mentales de las personas, que reducen el impacto negativo de los estresores o demandas sobre el bienestar psicológico. (Hobfoll, Jonson, Ennis, & Jackson, 2003). Permiten a los individuos dirigirse y enfrentarse a las demandas externas e internas en situaciones estresantes. (Durán, Extremera, King, Fernández-Berrocal, & Montalbán, 2006). Los recursos psicológicos que consideramos más importantes para el contexto específico del medio penitenciario son los siguientes: autocontrol, competencia emocional, inteligencia social, autoeficacia, autoestima, optimismo, mentalidad abierta, vitalidad, justicia, y resistencia.

### **El bienestar psicológico en prisión**

Entendido como funcionamiento psicológico positivo, este constructo y las dimensiones que lo conforman se basan en el Modelo Multidimensional de Carol Ryff. (1989, 1995) -véase p.76 y ss. para más detalles-. Está relacionado con la definición del bienestar como un deseo de continua mejora y de aprendizaje, y aúna los aspectos positivos y rasgos que convierten al interno en un sujeto activo frente al proceso de estrés crónico o prolongado que vive. Este nivel de bienestar psicológico, al ser más estable en el individuo, tiene un papel clave en la relación entre el efecto de los estresores sobre el desgaste del individuo y sus conductas de riesgo.

### **Relación entre antecedentes y consecuencias**

Dicho todo esto, y en línea con el modelo de Demandas y Recursos Laborales, consideramos que la relación entre las variables planteadas puede dar lugar a un proceso dual:

- **Un proceso de tensión**

La continua movilización de esfuerzos compensatorios del individuo en prisión para hacer frente a las altas demandas y estresores del medio penitenciario, llevaría a un coste físico y psicológico que se puede cronificar y agotar las energías del sujeto, produciéndose un agotamiento tanto mental como físico y emocional (malestar psicológico), con consecuencias sobre su salud y conducta.

El nivel de estrés del sujeto sería consecuencia de un desequilibrio entre las altas demandas (estresores vitales, o acumulación de estresores diarios) y pocos recursos (limitado acceso a recursos externos, y pobres recursos personales).

En el modelo propuesto este proceso de tensión consideramos que puede estar amortiguado por el bienestar psicológico o funcionamiento psicológico positivo del individuo. En aquellos casos en los que existan óptimos niveles de funcionamiento psicológico se reduciría el efecto del estrés sobre el desgaste psicológico del sujeto, sobre su agotamiento emocional y se reducirá la sintomatología psicopatológica que puede derivar de dicho desgaste, así como la aparición de conductas desadaptadas.

- **Un proceso de motivación**

La disposición de recursos en el medio penitenciario que facilitan la vida del interno en prisión, ayudan a la consecución de los objetivos de su tratamiento individualizado.

El apoyo social también puede derivar en la implicación del individuo con su proceso de reinserción. Esto se debe al potencial motivador, tanto intrínseco como extrínseco, de los recursos externos (permisos, trabajo remunerado).

Ambos tipos de recursos externos suponen la oportunidad para implicar al interno con su proceso de reinserción. Sin embargo, serán los recursos personales con los que cuente el interno, es decir, sus estrategias de afrontamiento, su forma de ver el mundo y sus recursos psicológicos los que consigan que el interno finalmente se implique o no, y se produzca un proceso de motivación y compromiso para aprovechar el tiempo que está en prisión.

## **Consecuencias**

Para completar el *Modelo de Estrés y Bienestar en Prisión*, es importante incluir y tener en cuenta las consecuencias más relevantes derivadas de los procesos de tensión y motivación expuestos.

- **Consecuencias sobre el estado de salud mental**

Los efectos más importante de dichos procesos, en especial el proceso de tensión, se producen sobre la salud mental, entendida ésta como una variable dinámica. Así, en este modelo, además de incluir la sintomatología ansioso-depresiva, como equivalente al agotamiento emocional del recluso, y el nivel de desgaste psicológico global, se considera la existencia de sintomatología relacionada con problemas de salud mental concretos (somatización, psicoticismo, ideación paranoide, etc.).

- **Sobre las conductas de riesgo o desadaptadas**

En el ámbito penitenciario son muy diversas las consecuencias negativas derivadas de la estancia en prisión. En nuestro modelo, hemos querido incluir, por su especial gravedad y frecuencia, tres tipos:

- b. *Quejas de salud subjetiva:* Circunstancia que hace referencia a la percepción que tiene el interno de su propio estado de salud. Teniendo en cuenta todo lo referido en la revisión teórica al hablar de estrés y estancia en prisión, podemos prever que existe una relación entre los procesos de estrés a los que se enfrenta el interno y su estado de salud general, y especialmente, al modo en que ellos perciben que se encuentran.
- c. *Conductas agresivas:* La práctica penitenciaria normaliza la existencia de conductas violentas en el medio penitenciario relacionando, en ocasiones, estos comportamientos con internos que sufren algún tipo de trastorno o enfermedad mental. Aunque la relación entre violencia, consumo de drogas y problemas de salud mental es un tema de investigación con resultados todavía no concluyentes en la literatura científica, el nivel de agresividad bien puede ser el resultado de un desequilibrio entre altas demandas y bajos recursos en el interno, activando estrategia de afrontamiento inadaptadas.
- d. *Riesgo de suicidio en prisión:* Una conducta que preocupa enormemente a la Administración Penitenciaria son los suicidios e intentos de suicidio que se producen en prisión, cuya frecuencia es significativamente mayor que entre la población general. Los intentos de suicidio y los suicidios consumados están derivados normalmente de un cúmulo de factores de riesgo cuya intensidad y saliencia aumentan dentro de prisión ya que el encarcelamiento puede producir una situación de alto estrés frente a la cual el interno no cree tener recursos para afrontarla. El periodo inicial tras el ingreso, así como el tipo de delito o los eventos vitales acaecidos durante la estancia en la cárcel, son factores que pueden derivar en intentos de suicidio en prisión. Sin embargo, un adecuado funcionamiento psicológico por parte del individuo le ayuda a saber hacer frente a estos factores de riesgo, lo que puede ayudarle a gestionar su situación de un mejor modo.

- **Consecuencias sobre la implicación del interno en su proceso de reinserción:**

*“La cárcel me ha hecho darme cuenta de que cada acto tiene sus consecuencias, madurando así como persona. Me ha ayudado también a fomentar el compañerismo, el autocontrol, etc. mi estado de ánimo es cada día mejor, porque ya veo resultados en mí y en mi futuro”.*

*Interno CP.Herrera*

*“Cuando ingresé en prisión estaba destrozado tanto como persona como de ánimo. Sinceramente me alegro de haber ingresado en prisión y estar haciendo el programa de proyecto hombre y el de violencia de género”.*

*Interno CP.Herrera*

Teniendo en cuenta las especiales circunstancias en que se desarrolla la vida de una persona durante su estancia en prisión, y lo condicionadas que están las relaciones y actividades que mantiene el interno en este medio por el perfil de la población reclusa y por la organización formal y formal en que discurren, se hace difícil pensar en que tenga lugar un proceso de interiorización y motivación genuína por parte del interno hacia su propio proceso de reeducación y reinserción social con el fin de alejarle del delito y formas de vida contraproducentes. Sin embargo, en la literatura científica se ha podido comprobar como hay estudios que confirman la relación significativa entre factores de protección como el apoyo social y la implicación del recluso en programas de tratamiento, especialmente de deshabitación a las drogas. Estos resultados nos animan a considerar la posibilidad de que los recursos positivos externos al internos y también los recursos psicológicos con los que éste cuenta puedan derivar en un proceso de motivación que se acerque al sugerido por Bakker y Demerouti en su Modelo JD-R.

## 7.2 DEMANDAS O ESTRESORES

---

Como hemos adelantado, con el fin de conocer los procesos de estrés dentro de prisión y su relación con el bienestar psicológico de los reclusos, es importante tener en cuenta los diferentes tipos de estresores que se pueden dar en el contexto penitenciario.

Al hablar de demandas o estresores que suceden durante la estancia en prisión estamos refiriéndonos a aquellos aspectos físicos, sociales, y de la propia organización del centro penitenciario que requieren un esfuerzo físico o mental del interno, y por ello están asociados a un coste físico o psicológico. Ejemplos de demandas en prisión son las presiones internas, las condiciones ambientales de la cárcel, o conflictos en las relaciones con otros internos o con la familia.

Los estresores específicos del contexto penitenciario pueden afectar a cada individuo en mayor o menor medida, dependiendo de otros factores como son sus experiencias previas e historia de vida y también variables sociodemográficas y factores de vulnerabilidad (locus de control, autoestima, personalidad) o protección (apoyo social, y recursos personales).

A pesar de que los estresores o demandas no tienen porqué ser necesariamente negativos, pueden acabar siéndolo cuando requieren un alto esfuerzo y conllevan un desgaste para el interno, que deriva en otras respuestas negativas como la depresión, la ansiedad o el agotamiento emocional.

La literatura sobre el encarcelamiento sugiere, por ejemplo, que la pérdida de libertad, la soledad y la exposición a ser intimidado son estresores muy significativos (Ireland y cols. 2005). Otros autores como Greve y cols., (2003) observaron que, durante el encarcelamiento, la soledad, el aburrimiento, el acoso y el ser posibles víctimas de abuso físico o sexual eran estresores potenciales. No obstante, no son muy numerosas las investigaciones interesadas en conocer las condiciones y estresores más significativos dentro de prisión y su impacto sobre la población reclusa.



### a) **Estresores penales y penitenciarios**

Algunos estresores específicos del contexto penitenciario serían:

- Encontrarse *preventivo*, es decir, a la espera de juicio, por la incertidumbre derivada de desconocer el tiempo que estarán privados de libertad.
- Ser *primario*, esto es, encontrarse preso por la comisión de un primer delito, y especialmente ser la primera vez que ingresa en prisión. El primer ingreso resulta especialmente estresante por la falta de conocimiento del medio, los temores asociados a la cárcel, el esfuerzo que implica la adaptación y los efectos de la prisionización. Algunos reclusos que entran por primera vez han estado anteriormente en centros de menores, lo que facilitaría su adaptación a la cárcel al haber estado ya en contacto con una institución total. Las dificultades en este caso radicarían en la mayor probabilidad de que el interno se prisionice antes.
- El *tipo de módulo asignado*, por el perfil de internos mayoritario de cada módulo, y especialmente estresante puede ser el cumplimiento de la condena en régimen cerrado –Primer Grado- (con menor número de horas de patio, aislamiento, y normativa más restrictiva), etc.
- El *tipo de delito* por el que han sido condenados. Especialmente los delitos de agresión sexual y abuso de menores están muy mal vistos entre los propios internos, pudiendo ser el interno objeto de amenazas y agresiones, de acuerdo con el código del recluso.
- La *duración de la condena* es un factor que puede afectar de diferente manera según cada persona, y también según el momento de cumplimiento de la misma:
  - En condenas cortas (menos de dos años), el interno tiende a adaptarse menos a la vida en prisión, lo que puede causarle más estrés, al no terminar de asimilar el contexto y circunstancias en que se encuentra. Los momentos más estresantes en estos casos son los meses inmediatamente posteriores al ingreso.
  - En condenas muy largas (más de cinco años), el interno normalmente consigue adaptarse sin dificultades a su nueva vida en prisión. El momento

más estresante para estos internos se produce cuando se acerca su puesta en libertad.

Como vemos, son especialmente delicados los primeros y últimos momentos del encarcelamiento, y tanto uno como otro pueden afectar al bienestar del individuo.

- El *consumo de droga* dentro de prisión y aspectos relacionados como las luchas por el control del tráfico de drogas y las deudas derivadas de dicho consumo son también estresores relevantes.
- Ausencia de permisos de salida, de visitas de familiares y, en definitiva, de *contacto con la red de apoyo social* externa.
- El disponer o no de *dinero* para costear los pequeños gastos derivados de la estancia en prisión (tabaco, café, refrescos, etc.) por las deudas que pueda contraer el interno con otros presos y las consecuencias que en prisión tiene el no pagarlas.
- También el *hacinamiento* o *sobreocupación* puede considerarse un estresor por aumentar la experiencia de estrés asociada a la vida en prisión y la pérdida de identidad, además de hacer más difícil la separación de los internos por edades, sexos, peligrosidad o grado de reincidencia, tal y como lo recomienda las normativas internacionales (Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos en OIP, 1996) y las nacionales, lo que tiene efectos muy contraproducentes en los internos primarios, jóvenes y con baja peligrosidad.
- La *violencia* en las prisiones en forma de motines y enfrentamientos, que puede ser favorecida por situaciones de hacinamiento, escasez de recursos materiales o de actividades. Las conductas desadaptadas son motivo de parte disciplinario de distinta gravedad (leve, grave, muy grave) con la consiguiente sanción, que también puede ser fuente de estrés cuando se trata, por ejemplo, de cumplimiento en régimen de aislamiento.
- *Enfermedades* que aparecen en prisión o empeoran durante la estancia en la cárcel, especialmente las enfermedades físicas.

- Déficit en los *servicios de alimentación, medicina o higiene*. En prisión los aspectos más básicos y que antes la persona no les daba importancia, toman ahora una especial relevancia y pueden generar graves conflictos colectivos.
- La exposición a *robos, extorsiones o amenazas* entre internos o hacia los funcionarios.

#### **b) Estresores vitales pasados y presentes**

El propio *ingreso en prisión* es considerado un acontecimiento traumático en la vida de una persona, al menos, la primera vez que sucede. Las primeras semanas de encarcelamiento, hasta que se produce una adecuada adaptación a la prisión, requieren de una especial atención y seguimiento, al ser un periodo caracterizado por un elevado nivel de estrés (MacKenzie y Goodstein 1985; Porporino, y Zamble 1984). No debemos olvidar que las mayores tasas de suicidio de internos se concentran en los días inmediatos que siguen al ingreso en prisión.

Entre las investigaciones que apoyan este planteamiento, Becerra y colaboradores (2008) observaron que es común a hombres y mujeres un mayor nivel de sintomatología emocional en el momento del ingreso en prisión debido al esfuerzo de ajuste al medio penitenciario que han de realizar los sujetos, y Andersen (2004) en su estudio con presos preventivos daneses, observó cómo la primera fase de internamiento era un periodo vulnerable con una moderadamente alta incidencia de trastornos de adaptación, dos veces mayor en los casos de estancia en aislamiento. Otros estudios han mostrado que los factores psicológicos pueden determinar cómo de bien se adapten los individuos a la vida en prisión (Porporino & Zamble, 1984; Flanagan, 1981), y aunque lo normal es que el nivel de estrés se reduzca tras las primeras semanas de encarcelamiento, algunos internos mantienen un alto estrés, lo que implica una sintomatología ansioso depresiva elevada. (Zamble, Porporino, 1988) y un mayor riesgo de intentos de suicidio o autolesiones.

Además de la entrada en prisión, al hablar de eventos traumáticos estamos haciendo referencia a dos tipos de acontecimientos estresantes:

- a) *Eventos vitales en el pasado*: aquellas experiencias traumáticas vividas y acumuladas a lo largo de su vida (véase p.88 y ss.)

b) *Acontecimientos estresantes en el momento presente:*

En este sentido, una línea de investigación algo más prolífera es la que estudia la relación de determinados *estresores propios del medio penitenciario* con la aparición de un tipo de trastorno mental concreto, esto es, del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Para estudiar esta relación es necesario considerar los estresores que se producen en prisión como eventos traumáticos. Algunos investigadores así lo han hecho y han considerado estresores como la *violencia, amenazas, o extorsiones* como posibles desencadenantes del TEPT, por reunir los siguientes requisitos: se trata de amenazas contra la vida, son de una relativa imprevisibilidad y hay falta de control por parte del interno de lo que le sucede. Estos eventos pueden impactar por exposición directa o indirecta sobre el individuo y algunos síntomas posteriores que puede experimentar el interno son la re-experimentación, la evitación y el aumento de la activación, y en último caso el Trastorno de Estrés Postraumático.

Un trabajo destacado en relación con este tema es el de Ruiz J.L., y colaboradores (2002). Estos autores realizaron una investigación sobre estresores del medio penitenciario, relacionando la frecuencia de eventos traumáticos en prisión con los niveles de estrés postraumático y con variables psicosociales (clima emocional, apoyo social y estilos de afrontamiento) en una muestra de 819 sujetos, (413 internos –incluyendo 80 mujeres- y 416 funcionarios) en un centro penitenciario de Bogotá, exploraron también las posibles diferencias entre internos y funcionarios de prisiones.

El resultado mostró que:

- Los eventos traumáticos más frecuentes dentro de prisión eran: muertes provocadas, motines, problemas con amigos, discusiones, situaciones de embarazo.
- La experiencia de Trastorno de Estrés Postraumático estaba influida sobre todo por los eventos traumáticos vividos, la evaluación del clima emocional del centro, y en menor medida por el estilo de afrontamiento y estatus del interno
- La mayor sintomatología en Trastorno de Estrés Postraumático en internos iban asociada a menor satisfacción con el apoyo social, mayor frecuencia de estilo de afrontamiento evitativo, y una evaluación más negativa del clima emocional del

Centro Penitenciario, lo cual podría estar relacionado con una mayor exposición a eventos estresantes.

- Niveles menores en Trastorno de Estrés Postraumático se asociaron a una evaluación más positiva del clima emocional, menor exposición a eventos traumáticos, menor uso de la evitación como estilo de afrontamiento y con pertenecer al grupo de funcionarios.

Este trabajo nos permite confirmar el impacto que algunos estresores producidos dentro de prisión pueden tener sobre los reclusos, llegando en la situaciones más graves a producir un trastorno adaptativo serio como es el Trastorno de Estrés Postraumático.

En el caso de la violencia como estresor, queremos mencionar aquí los resultados de un interesante trabajo realizado por Boxer P. y cols (2009), que demostraron cómo la exposición a situaciones violentas en prisión afecta al ajuste psicológico de los internos al volver a la vida en libertad. Estos investigadores observaron, además, que la vivencia de dichas situaciones durante el encarcelamiento estaba significativamente relacionada con tendencias agresivas, con conductas antisociales y con un alto nivel de estrés emocional en los internos evaluados.

Por su parte, los acontecimientos estresantes que suceden fuera de la cárcel y que afectan al individuo mientras se encuentra en prisión, también son significativos. Siguiendo a Ruiz (s.f) a lo largo del encarcelamiento otros sucesos ocurridos en el exterior pueden impactar sobre el equilibrio psicológico de los reclusos. Cuando hablamos de eventos vitales externos nos estaríamos refiriendo a aquellos *estresores agudos* que se producen en el entorno cercano a la persona en el exterior, mientras él está en la cárcel, y que afectarán al individuo de forma más gravosa al no tener control ni poder reaccionar como quisiera frente a dichas circunstancias (fallecimiento de un familiar, pérdida de una casa, problemas de los hijos, etc.).

Consideramos que tipo de sucesos que son definidos como experiencias muy estresantes o traumáticas cuando afectan a la población general, lo harán de manera más intensa sobre la población reclusa. La situación de falta de libertad, unida a la pérdida de control sobre todas las esferas de su vida y a la total dependencia de la institución para cualquier mínima decisión, dificultan cualquier respuesta de afrontamiento adaptativa por parte del interno

frente a este tipo de estresores externos, y la rumiación y preocupación constantes pueden hacer mella en el bienestar psicológico del interno. En este sentido, hay diferencias importantes entre mujeres y hombres, en el sentido de que ellas informan de niveles más altos de sintomatología ansiosa a lo largo de su condena, y de mayor preocupación por la separación de su entorno social, particularmente la familia, y en especial, de los hijos.

### **c) Las molestias diarias en prisión**

Además de los estresores mencionados y de interesantes trabajos centrados en estresores concretos y más agudos o en estresores considerados como traumáticos, conviene señalar lo que se denominan “*molestias diarias*”, pequeños eventos (ruido, frío, calor, dieta, rencillas con el compañero de celda, horarios, ocio, uso del teléfono público, etc.) que acaban afectando al interno por su efecto acumulativo, y que han sido objeto todavía de escasa atención por parte de los investigadores, especialmente en el medio penitenciario. Poco se sabe de la vida diaria en prisión, de las diferentes molestias y preocupaciones en la rutina diaria de los reclusos, y el efecto que estos pequeños pero continuos estresores pueden tener sobre los internos.

Los estudios que han examinado las condiciones de las cárceles se han centrado sobre todo en la transmisión de enfermedades contagiosas (Comfort, Grinstead, McCartney, Bourgois, & Knight, 2005; Lobacheva, Asikainen, & Giesecke, 2007), en su tratamiento (Bruce & Schleifer, 2008), o en la violación de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales dentro de prisión (Gostin, 2008; Hogg, Druyts, Burris, Drucker, & Strathdee, 2008; Murdoch, Morris, & Holmes, 2008), pero mucha menos información existe sobre el efecto que las condiciones ambientales de la prisión tienen sobre la calidad de vida de los presos, por ejemplo, el ruido, la falta de actividades, el calor, el frío o el aburrimiento (Bourgeois, 1997; Jaeger & Monceau, 1996; Levin & Brown, 1975) y en raras ocasiones se ha estudiado el impacto de la vida diaria en prisión sobre el bienestar psicológico de los reclusos.

Como señala Stoller, “la vida diaria de los internos esta esencialmente determinada por la organización y distribución del espacio en las prisiones” (Stoller, 2003). Por ejemplo, los

problemas médicos en prisión son un reflejo directo no solo de los problemas típicos de la población reclusa, sino también de la influencia de la propia vida en prisión.

Un intento reciente en esta línea, es el estudio de Elger (2009) centrado en la vida en prisión, con 102 internos. En este trabajo se pudo comprobar cómo las actividades realizadas en prisión y los eventos estresantes son factores asociados significativamente con el hecho de padecer o no insomnio, siendo el insomnio una de las principales quejas de salud de los internos (Turnbull & Stimson, 1994; Vasseur, 2001).

### 7.3 RECURSOS

---

Podemos identificar los recursos con los factores protectores, entendidos como aquellas características de un individuo o entorno que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento de la salud o la recuperación de la misma y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo o estresores/demandas. (Donas Burak, 1998).

En nuestro caso, los recursos serían aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales que son:

- Funcionales a la hora de conseguir las metas propuestas;
- Reducen las demandas o estresores en prisión y el coste físico y psicológico derivado;
- Estimulan el crecimiento y desarrollo personal.

Manzano (1992) habla de dos grupos de factores que median en los efectos que tiene el encarcelamiento sobre las personas privadas de libertad:

- *Factores penales y penitenciarios:* que incluyen el fin de resocialización que tiene la cárcel, el tiempo en prisión, el número previo de ingresos, su frecuencia y tiempo en cada uno, las características de cada centro, la situación penal (preventivo o penado) del interno y sus ocupaciones durante su estancia en prisión. Estos factores nosotros los hemos considerado al hablar de posibles estresores, ya que dependerá del polo positivo o negativo que adquiera cada circunstancia (delitos leves o más graves, condena más o menos larga, ser primario, etc..) y serán protectores cuando las circunstancias que definen los hagan favorables al individuo, pero como estresores si les afectan de manera negativa
- *Factores personales y sociales:* como es la situación familiar y laboral, la edad, el estado civil, el nivel económico, el estado de salud, su carácter y personalidad, y el apoyo social y material que reciben, tanto dentro como fuera de prisión.



Teniendo en cuenta esta división de Manzano (1992) y otros estudios consultados, así como la práctica profesional y diaria como psicóloga penitenciaria, considero que los recursos más relevantes en la relación entre estrés y bienestar psicológico son de dos tipos:

- a) *Recursos externos*: Principalmente, los recursos penitenciarios y el apoyo social.
- b) *Recursos personales*: En concreto, las estrategias de afrontamiento, el tipo de creencias del individuo y sus recursos psicológicos.

a) **Recursos externos**

 **Recursos penitenciarios**

Este tipo de recursos moderan el efecto de los estresores sobre el interno, ayudan a alcanzar los objetivos de su propia reinserción, e incluso pueden estimular el crecimiento y desarrollo personal.

No hay literatura científica en relación al papel que juegan los recursos con los que cuenta la Institución Penitenciaria para mediar o moderar la relación entre las fuentes de estrés en prisión y sus consecuencias sobre el desgaste y salud mental de los reclusos, o para mejorar el estado de bienestar del interno durante su tiempo en la cárcel.

Sin embargo, el trabajo y experiencia dentro de los centros penitenciarios, así como la opinión de los profesiones que trabajan en prisión, nos permite afirmar que los recursos que proporciona la Administración Penitenciaria son instrumentos que, además de estar dirigidos principalmente al tratamiento penitenciario de la población reclusa, sirven como factores de protección frente a las altas demandas del medio penitenciario y como instrumentos motivadores para el interno. El conjunto de actividades que forman parte del tratamiento penitenciario, entendido éste en un sentido amplio, permiten llenar las horas del día, mantener el cuerpo y mente activos, mejorar la autoestima de los reclusos al sentirse útiles, y alejar al interno “del patio”.

Por tanto, los recursos que el sistema penitenciario pone a disposición de los reclusos inciden positivamente en su nivel de bienestar psicológico y físico, y en una mayor implicación con su proceso de reinserción social, lo que se hará patente en el tipo de actitudes y conductas que muestra el recluso durante su estancia en prisión.

Algunos ejemplos de estos recursos penitenciarios:

- *El trabajo remunerado*: recurso que aporta no sólo una solvencia económica, sino también una experiencia laboral, mejora en el nivel de autoestima y una estimulación mental para el interno.
- *La escuela*: Las actividades educativas proporcionan a los reclusos estimulación mental, relaciones interpersonales positivas, y una sensación de superación personal.
- *La formación profesional*: capacita a los internos en el desempeño de un oficio, y además le permite adquirir destrezas no sólo físicas sino también mentales, extrapolables a otros ámbitos distintos al formativo o laboral.
- *El deporte*: confirmado en la investigación científica como un elemento clave para afrontar el estrés derivado de la estancia en prisión, se convierte en un recurso externo fundamental por sus beneficios sobre el bienestar del individuo, tanto a nivel físico como de activación mental. Buckaloo, B. y cols. (2009) demostraron cómo el deporte es una respuesta de afrontamiento adecuada y eficaz a la situación de encarcelamiento, al bajar los niveles de depresión, estrés y ansiedad entre los internos.
- *Ocio*: las diferentes actividades ocupacionales y recreativas (teatro, música, talleres de manualidades, etc.) sirven para potenciar la creatividad, la autonomía y la capacidad de concentración, además de ser una vía de escape a los estresores propios de la vida en el módulo.
- *Programas específicos*: destacan los módulos de respeto y módulos terapéuticos, que pretenden conseguir un clima social óptimo dentro del propio módulo, que facilite la participación en otras actividades positivas, y la adquisición de recursos y capacidades personales relacionadas, además de la adecuada convivencia y el respeto, -módulos de respeto-, o la abstención y deshabitación en el consumo de drogas -módulos terapéuticos-.

Un programa similar pero de objetivos menos ambiciosos, es el programa de Régimen Cerrado, para internos que por sus especiales características o circunstancias, se ven obligados a un régimen de vida más restrictivo. Este programa

pretende dotar al interno de recursos y capacidades adecuadas para poder hacer vida en un régimen de normal convivencia –régimen ordinario o segundo grado- a través de una intervención integral sobre los internos que residen en los módulos de primer grado.

Otro tipo de programas son los programas terapéuticos grupales, que están dirigidos normalmente a trabajar las variables directamente relacionadas con la conducta delictiva o tipo de delito por el que el individuo cumple condena (Violencia de género, agresión sexual, etc.) o perfiles concretos (jóvenes, discapacitados, mujeres, etc.).

- *Otros recursos penitenciarios* ofertados en el sistema penitenciario español que ayudan a paliar los efectos del encarcelamiento, además de a la reinserción, son:
  - e. Los *permisos ordinarios*, para la preparación a la vida en libertad.
  - f. La *flexibilidad en el grado de tratamiento* y consecuente régimen de vida en prisión, (clasificación o progresión a tercer grado, artículo 100.2 del Reglamento Penitenciario, medios telemáticos –art. 86.4 del Reglamento Penitenciario-).
  - g. Los *beneficios penitenciarios* –libertad condicional adelantada, indulto-.
  - h. Las *salidas programadas*, como actividad terapéutica en el marco de algún programa específico.
  - i. Las *recompensas* periódicas concedidas a los internos por su rendimiento, asistencia, y nivel de esfuerzo en las actividades que realiza.

## **El apoyo social**

*“A mi la prisión me ha marcado de por vida, yo estoy segurísimo que sin mi familia sería incapaz de levantar la cabeza. Mi estado de ánimo lo tengo por los suelos, para un día que tengo bien seis los tengo mal”.*

*Interno CP.Herrera*

*“La entrada en prisión me ha afectado bastante por el tema familiar, sobre todo por mis hijos”.*

*Interno CP. Herrera*

*“El ingreso me ha costado mucho, más por mi mujer e hija que están solas”.*

*Interno CP.Herrera.*

*“No tengo lazos ni afectivos ni de amistad con nadie, me he vuelto muy individualista”*

*Interno CP.Herrera.*

El término apoyo social se ha usado por lo general para referirse a cualquier proceso por el cual las relaciones sociales pueden promover la salud y el bienestar (Cohen, Underwood y Gottlieb, 2000).

Se trata de un elemento clave a la hora de superar acontecimientos estresantes con los que los seres humanos se enfrentan a lo largo de su vida. En la literatura son numerosos los estudios que afirman el papel tan relevante que tiene el apoyo social como variable mediadora entre una situación estresante y una determinada respuesta de afrontamiento. Como ejemplo, Taylor S. ha observado la relación entre un mejor afrontamiento ante situaciones graves y la pertenencia a una red social sólida en quien apoyarse, afirmando que recibir apoyo de un ser querido se relaciona significativamente con un mejor afrontamiento y una mejor salud.

Puede ser incluso el recurso más importante tras sufrir un evento traumático, y en diferentes estudios se ha comprobado reiteradamente que es un poderoso predictor de la recuperación al mismo (Brewin y cols. 2000; Ozer y cols. 2003, citados en Castle y cols. 2006).

En la población general la integración social se ha relacionado de forma consistente con el bienestar. Por ejemplo, en los estudios realizados por Kevin, Hershberger, Russell y Market (2001) y Cutrona, Russell, Hessling, Brown y Murry (2000) se establece una relación entre integración social, salud, apoyo social y bienestar, con énfasis en la importancia de tener fuentes de apoyo social consistentes, incluyendo una relación íntima y de confianza, como el caso de las relaciones familiares (Cassidy, 2000; García Hoyos, 2002) y relaciones de pareja (Estribá, 2001), habiéndose probado estas últimas como las más efectivas para contrarrestar

los efectos del estrés (Lin et al., 1986).

Por otro lado, son numerosas las investigaciones que señalan que el aislamiento social, la soledad y la pérdida de apoyo social están firmemente relacionados con el riesgo de padecer una enfermedad, y reducen el tiempo de vida, sin embargo, esta relación ha sido muy poco explorada en el contexto penitenciario (Lindquist, 2000). De lo que sí hay evidencias es de que las personas con poco apoyo social presentan formas desadaptadas de pensar y comportarse con más frecuencia que otras que sí cuentan con una red social (Sarason & Sarason, 1996). Moreno y Ruiz (s.f) aunque en algunos estudios se tiene en cuenta esta variable como factor protector o mediador, no existen muchos trabajos que analicen específicamente la influencia del apoyo social en el ajuste de los internos al ambiente de encarcelamiento.

El ámbito penitenciario se caracteriza por unas condiciones únicas que tienen el potencial de alterar las relaciones entre apoyo social y salud mental en este medio, en él el “apoyo social” adquiere una especial relevancia por dos motivos:

- o Por tratarse de un *potencial estresor* dadas las dificultades del interno para relacionarse con su entorno familiar y social estando en prisión. Mantener las relaciones con el exterior puede resultar difícil y doloroso. De hecho, los resultados obtenidos por Lindquist (2000) indican que más que promover el bienestar mental, las relaciones sociales dentro y fuera de la cárcel están asociadas con mayores niveles de estrés.

- o Al considerarse el apoyo social como un *factor de protección* muy importante frente a los efectos nocivos del encarcelamiento sobre el bienestar y estado de salud mental de los reclusos. Se presume que las redes sociales externas (y también internas) a la cárcel pueden servir como factor protector frente a los efectos adversos del medio penitenciario e influir positivamente en la salud mental de los reclusos.

### **1. El apoyo social como estresor**

Una de las maneras de adaptarse a la prisión identificada por Schmid y Jones (1993) es reduciendo el contacto con el mundo exterior, ya que estos lazos hacen el paso del tiempo más difícil. La entrada en la cárcel implica un distanciamiento de la red de apoyo social del individuo, especialmente de la familia de origen y adquirida y los internos están tentados a romper todo contacto con el exterior que le suponga un recuerdo de lo que dejan atrás. A

pesar de esta primera idea, la mayoría de los reclusos hacen un esfuerzo muy grande por mantener el contacto con su red de apoyo externo, aunque no siempre es posible por motivos económicos, o de lejanía.

Tal y como refieren Herrera y Expósito (2010) una de las afirmaciones más repetidas entre las personas encarceladas es que lo que peor llevan del encierro es la separación forzada de sus familias. A su vez, la separación de la familia y red social, unido al cambio en la situación personal y social del individuo puede afectar su estado de ánimo de forma transitoria o permanente, derivando no en pocas ocasiones en depresión, trastornos de ansiedad, o en trastornos de tipo adaptativos (McMurrin, M. y Christopher, G., 2009)

## **2. El apoyo social como factor protector**

En línea con Gibbs (1982a) podemos afirmar que el contacto con las redes externas son un elemento crucial como estabilizador para el bienestar y el estado de salud de los internos, especialmente durante el periodo inicial de encarcelamiento. No solo es beneficioso desde un punto de vista emocional, sino también a nivel de recursos económicos y materiales, (ropa, dinero o peculio, artículos básicos). (Gibbs, 1982b). De forma similar, Travis, Cincotta y Solomon (2005) señalan que los resultados en la literatura revisada destacan la importancia del contacto entre los miembros de la familia durante la estancia en prisión, y que facilitar el contacto durante el encarcelamiento reduce el impacto de la separación. Y en la literatura estadounidense, Hairston (2002) observó que, al comparar reclusos que mantenían fuertes lazos familiares durante la estancia en prisión con aquellos que no, se ha encontrado de forma consistente que los primeros tienen, de forma significativa y consistente, una mejor de reinserción social.

En el caso de la Administración Penitenciaria española, hay una clara concienciación sobre la importancia de facilitar el contacto del interno con el mundo exterior, especialmente con su red cercana de apoyo social (familia de origen y adquirida) y por ello existe la posibilidad, además de realizar llamadas telefónicas y comunicaciones por locutorio, de tener comunicaciones de convivencia, y vis a vis o comunicaciones íntimas para las parejas o matrimonios; y también se realizan jornadas de convivencia con la familia, en el marco de programas específicos como los Módulos de Respeto o Comunidades Terapéuticas Intrapenitenciarias, o salidas programadas con la participación de familiares, todas estas son

medidas innovadoras que están teniendo una incidencia muy positiva sobre el bienestar y estado de ánimo de los internos.

En la misma línea, Moreno y Zambrano (2005) afirman que el éxito de los programas de tratamiento realizados en prisión dependen en gran medida de las relaciones de los internos con sus familias.

Por otro lado, el nivel de éxito o fracaso del interno en mantener las relaciones con su red social exterior es variable, y depende, entre otros, de factores como la edad, el género o la duración de la condena, del siguiente modo:

- **Edad:** Gallagher observa, por ejemplo que entre la población masculina, los internos más mayores informan de un número significativamente mayor de visitas en los meses anteriores a la encuesta que los más jóvenes (frecuencia de 5,7 visitas vs. 1.8, respectivamente) (Gallagher, 1990).
- **Género:** En relación con las diferencias por género, aunque todavía son escasas las investigaciones en prisión, también puede influir en la integración del individuo con su red de apoyo exterior. Estas diferencias sí que han sido corroboradas en la población general (Turner y Marino, 1994; Pearlin et al., 1981; Ross y Mirowsky, 1989; Belle, 1987). Algunos estudios han diferenciado entre el efecto del apoyo social y su ausencia, en hombres y mujeres, encontrando que el apoyo social es un factor protector tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, la ausencia de esta red social cercana tiene efectos significativamente más perjudiciales sobre la salud mental en el caso de las mujeres.

Aunque todavía es pronto para confirmar si estos resultados se mantienen durante la estancia en prisión, nos atrevemos a afirmar que pueden no solo corroborarse sino incluso agravarse las consecuencias de la ausencia de apoyo social sobre la salud mental en el caso de la población reclusa femenina. Un dato que va en esta línea es el hecho de que el estigma que acompaña a las mujeres que entran en prisión es mucho más severo que para los hombres, lo que posiblemente debilita sus relaciones sociales fuera de la cárcel.

Resultados que avalan este planteamiento son los de Galvan J y cols (2006). Estos

autores realizaron una investigación con 212 mujeres internas en un centro penitenciario de Ciudad de México para identificar sus principales fuentes de apoyo y el impacto de su existencia o ausencia sobre la salud física o mental de estas reclusas, y encontraron que la percepción de su salud fue más negativa y los episodios depresivos más frecuentes en las mujeres que no habían recibido visitas en el último mes (60%) sin ser esta una relación significativa. Y más del 60% de las entrevistadas refería tener sentimientos de soledad.

Otros estudios en la misma línea (Lagarde, 1993; Azaola, 1996; Muraskin, 2000). confirman que las mujeres reclusas son abandonadas normalmente y con más frecuencia que los hombres, por sus familiares y amigos desde el momento que ingresan en prisión.

Una de las figuras más importantes para la mujer, como es la pareja, es quien más frecuentemente rompe todo vínculo con ella al entrar en prisión, lo cual resulta paradójico teniendo en cuenta que un porcentaje muy significativo de mujeres incurre en este tipo de comportamientos delictivos por influencia de su pareja (Hagan y Dinovitzer, 1999; Campbell, 2000; Belknap, 2001).

Una posible explicación a este repentino abandono de la pareja, de la familia y de su red social cercana podría estar, además de en el estigma de ser reclusas, en que la cultura patriarcal las penaliza al entrar en prisión y abandonar su rol de cuidadoras de la familia y de madres, por lo que, a los ojos de los demás, no se hacen merecedoras de apoyo y consideración, y si de rechazo y exclusión. Esta falta de apoyo social tendrá un alto impacto sobre su bienestar físico, psicológico y emocional.

- **Duración de la condena:** Además de la edad y el género, la duración de la condena parece impactar en el mantenimiento de las relaciones sociales con el exterior. Tanto en hombres como en mujeres el número de personas en las que apoyarse en el exterior así como su satisfacción con esta red de apoyo disminuyen según pasa el tiempo de encarcelación. (Paulus y Dzindolet, 1993). Estos resultados sugieren que según aumenta el tiempo de condena, el apoyo social dentro de prisión se convierte en un factor más significativo para el bienestar del individuo que el apoyo exterior.

En otro orden de cosas, conviene también analizar el papel del *apoyo social dentro de*



*prisión*, que se manifiesta a través de las relaciones de amistad o afecto con otros internos, o con el personal penitenciario.

Cuando un individuo entra en un centro penitenciario, está expuesto a nuevas relaciones que pueden ser tanto beneficiosas como perjudiciales. Aunque sea escasa la literatura también en este tema, pensamos que las relaciones sociales dentro de prisión tienen consecuencias positivas para el bienestar y salud de los internos. Los lazos sociales formados por los reclusos, aunque no suelen tener una larga duración, pueden servir como recursos para hacer frente de manera más exitosa a los estresores asociados con la estancia en prisión. Se cree que las relaciones más cercanas dentro de prisión ayudan frente al “dolor de estar preso” (Sykes, 1958) y frente a otros estresores a los que tiene que enfrentarse el interno. No obstante, como decíamos, es muy escasa la investigación empírica sobre la integración social dentro de prisión que permita confirmar este planteamiento

En un estudio reciente, Edward W.T (2008) encontró que la percepción en relación al soporte social recibido dentro de prisión tiene un mayor peso sobre la salud emocional de los internos que el apoyo social externo.

Las relaciones que se forman y mantienen dentro de prisión se suelen medir por el número de amigos que informan los internos (tanto funcionarios como otros internos) y la presencia o ausencia de un confidente (alguien en quien el interno siente que puede confiar y hablar), (Lin et al., 1986). La media de amigos dentro de prisión varía bastante de unos estudios a otros, entre los 1.8 (Gallagher, 1990) y 6.3 (Colsher et al., 1992) amigos.

Igual que sucede con las redes de apoyo exterior, la edad es un factor que también influye en las relaciones dentro de prisión. Los internos más mayores informan de tener significativamente un mayor número de amigos dentro de prisión (2.9) que los más jóvenes (1.8) y tienen más probabilidad de contar con un confidente (64% of los reclusos mayores informan tener un confidente, comparado con solo un 41% de internos jóvenes) (Gallagher, 1990).

De nuevo, y a pesar de la escasa literatura, se considera que el género puede influir en posibles diferencias en el apoyo social dentro de prisión. Aunque se trata de hipótesis, es posible que el mayor número de relaciones íntimas y homosexuales entre las mujeres reclusas (Wright, 1982; Wood, 1994) conlleve un apoyo social más fuerte entre las internas.

El impacto sobre la salud mental de este tipo de relaciones sociales es una línea de investigación todavía por explorar.

Para concluir quisiera hacer dos últimos comentarios en relación al apoyo social como recurso en las personas encarceladas:

- Por un lado, a lo largo de esta exposición no hemos mencionado las características del grupo de referencia que brinda apoyo social al interno. Si el apoyo social procede de familiares con antecedentes penales, consumidores de drogas o alcohol, o que han abusado física o sexualmente del interno durante su infancia, posiblemente la efectividad de este apoyo se mantendrá en el corto plazo, pero obviamente no tendrá tanta efectividad sobre la evolución tratamental y proceso de reinserción del interno.
- Por otro lado, y en línea con lo anterior, no debemos olvidar que la población penitenciaria se caracteriza en un porcentaje muy elevado, por historias de vida con una alta frecuencia de eventos traumáticos, especialmente abuso físico, y sexual en el caso de las reclusas, y de exposición a situaciones violentas en el caso de los internos, además de carencias de tipo emocional, afectivo y de necesidades básicas, en unos u otras. Las secuelas de estas vivencias en el individuo posiblemente van a influir en la relación entre su vivencia de la red de apoyo social con que cuenta y su nivel de bienestar psicológico

#### b) **Recursos personales**

##### **Recursos psicológicos**

En los últimos años, la investigación de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar ha experimentado un aumento considerable (Scheier, Carver y Bridges, 1994; Seligman, y Csikszentmihalyi, 2000; López y Snyder, 2010). En algunos casos etiquetados como recursos psicológicos y en otros como recursos personales, nos estamos refiriendo a aquellos rasgos y capacidades de un individuo que le ayudan a, o interfieren con, sus habilidades para evaluar y afrontar los desafíos de la vida generando o mediando respuestas hacia la obtención de bienestar.

Algunos autores, desde la Psicología Positiva, los consideran como depósitos de cualidades y capacidades, que pueden, potencialmente, facilitar el afrontamiento y los procesos de la adaptación (Pearlin y Schooler, 1978), en este mismo sentido los entiende Bárbara Fredrickson (2002), en el marco de su teoría de construcción y ampliación de emociones positivas. También se han definido como capacidades, destrezas, o rasgos de carácter, que facilitan el acceso de una persona a la felicidad, al sentido de bienestar y a la creatividad (Marina, 2005) o como características básicas de la personalidad, que ayudaran al individuo a evaluar y afrontar los retos de la vida, generando o mediando las respuestas enfocadas a obtener o recuperar el bienestar (Jerusalem, 2002). Otros autores, como Buceta y Bueno (1995) engloban bajo este concepto cualquier variable que suponga alguna tendencia a interpretar las situaciones potencialmente estresantes como retos en lugar de amenazas.

Precisamente, tal y como han mostrado diversos estudios científicos, la importancia de los recursos personales radica en que permiten a los individuos enfrentarse a las demandas externas e internas en situaciones estresantes (Durán, Extremera, King, Fernández-Berrocal, & Montalbán, 2006), además de influir de forma importante en el bienestar subjetivo (Cummins & Nistico, 2002). Autores como Hobfoll (1988, 1989) dan un importante papel a los recursos personales ya consideran que permiten a las personas enmarcar sus experiencias con optimismo y dominio. Hobfoll, (1988, 1989) en su teoría de la conservación de recursos, sugiere que aquellos que tienen altos recursos personales pueden construir cognitivamente sus experiencias positivas, influyendo por tanto en su propio bienestar.

En 1978 Pearlin y Schooler ya demostraron empíricamente el grado en que los recursos personales, por sí mismos, neutralizan los efectos del estrés en comparación con los procesos reales de afrontamiento. Y en 1986, Lazarus y Folkman, referían que los recursos personales pueden incrementar el estilo de afrontamiento de aproximación, a través de procesos de valoración, mediante el fomento de las creencias positivas de uno hacia su propia capacidad de enfrentarse exitosamente a una experiencia amenazante. Más recientemente, Jerusalem (2002) mostró cómo los recursos psicológicos resultaron ser fuertes predictores de la evaluación del estrés, además de comprobar su impacto significativo en el afrontamiento y la salud. En esta misma línea, pero centrándose en estresores agudos, Vázquez y Pérez- Sales (2003) mostraron cómo hay determinadas

características personales que pueden ser relevantes a la hora de enfrentarse con éxito a los hechos traumáticos, impidiendo o atenuando el desarrollo de consecuencias psicológicas negativas.

Es lógico pensar, sin embargo, que no todos los recursos psicológicos o personales son igual de beneficiosos ante situaciones de estrés, y tampoco que su efecto y papel es el mismo en todas las personas y en su bienestar. En la literatura científica revisada en relación con recursos específicos, algunas de las variables más estudiadas son la autoestima (Ensel y Lin, 2004; Pierce, Gardner, Cummings y Dunham, 1989), el sentido de coherencia (Elovainio y Kivimaki, 2000), la expresión emocional (Arranz, Costa, Bayés, Cancio, Magallón y Hernández, 1996), el optimismo (Seller y Carver 1985; Scheier y Carver, 1992; Seligman, 1991, 2002, Fournier, Ridder, y Bensing, 1999), la autoeficacia (Bandura, 1979), y la autoestima. Diversos estudios se han centrado en algunos rasgos y habilidades personales concretos comprobando que efectivamente ayudan a resistir el estrés (autoestima, habilidades sociales, destrezas, etc.); otros, han evidenciado, por ejemplo, una relación significativa entre recursos psicológicos concretos, como la autoestima o el sentido de la maestría, con la satisfacción de la vida (bienestar) y la depresión (Diener, 1984). También el sentido del humor se ha relacionado como moderador importante y significativo entre el estrés y los estados de ánimo negativos (Martín y Lefcourt, 1983)

En lo referido al papel de los recursos psicológicos o personales sobre los procesos de salud y enfermedad física y mental, Seligman (1998), por ejemplo, afirma que los experimentos en los últimos años han originado una incesante corriente de evidencias científicas en el sentido que los rasgos psicológicos están en condiciones de producir buena salud, en particular el optimismo; y Taylor y cols (2000) sugiere que el control y optimismo como recursos pueden no sólo preservar la salud mental en el contexto de acontecimientos traumáticos o peligrosos para la vida, sino ser también protectores de la salud física.

En varias investigaciones se observa cómo el optimismo, el sentido de control personal, la capacidad de encontrar el significado a las experiencias de la vida son recursos psicológicos valiosos que están asociadas a la salud mental (Frankl, 1963; Taylor, 1989). Y también estos recursos, en concreto el optimismo, el sentido de control, y la autoestima positiva, se ha observado cómo contribuyen de forma significativa al afrontamiento activo de todos los

factores añadidos a la enfermedad. (Taylor y cols. 1992).

En línea con Peterson (2000) no debemos olvidar que no pueden entenderse los conceptos psicológicos complejos sin considerar los ambientes o contextos culturales en que estos se dan, en nuestro caso, sin olvidar el marco de la prisión. Es por ello que los recursos psicológicos que se han incluido como dimensiones a evaluar en esta investigación se han seleccionado teniendo en cuenta su importancia específica para el proceso de adaptación al medio penitenciario, así como por su relevancia frente a situaciones de estrés o desgaste, de acuerdo a la literatura científica consultada. Los recursos incluidos han sido el optimismo, el valor, la vitalidad, el autocontrol, la inteligencia emocional, la solución de problemas, la mentalidad abierta y la inteligencia social.

### Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento puede ser entendido como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante, independientemente de sus resultados. El proceso de afrontamiento no es constructivo o destructivo en sus consecuencias, sino que sus costos y beneficios dependen de la persona, su momento y el contexto de estrés (Rodríguez Marín 1996).

Existen dos principales aproximaciones científicas al estudio del afrontamiento: como estilo y como proceso. Son las dos importantes ya que cada una aborda un aspecto diferente del problema, y ambas se complementan. La centrada en el estilo lo hace sobre los rasgos de personalidad y disposición; y la centrada en el proceso que se interesa por la influencia del contexto y tiempo en el tipo de afrontamiento.

El afrontamiento ante situaciones de estrés comenzó a estudiarse en los años 60 y 70, como un estilo de personalidad. Inicialmente, desde el psicoanálisis se entendía en el marco de los mecanismos de defensa a cada uno de los cuales se asociaba una determinada psicopatología. De hecho, hay personas que ante situaciones amenazantes utilizan mecanismos de defensa inconscientes, como la negación o el aislamiento emocional, sin enfrentarse a su realidad y ocultando el problema de forma no consciente.

Posteriormente y a partir de esta concepción, autores como Menninger, Haan y Vaillant (s.f), plantearon una aproximación jerárquica a las respuestas de afrontamiento, considerando el

afrontamiento como la respuesta más saludable y adaptativa, la defensa como un proceso neurótico y el fallo del ego como la adaptación de estilo psicótico. En la misma línea trabajó el grupo de Chicago, considerando el afrontamiento y la defensa como conceptos centrales y estudiándolos en las escenas de la vida diaria de sus pacientes.

Es a partir de los años 70 que se empieza a considerar el afrontamiento como un proceso. Así, por ejemplo, para Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento, lejos de ser un constante, está formado por ciertas cogniciones y conductas que se ejecutan como respuesta a situaciones estresantes específicas que son evaluadas por encima o por debajo de los recursos del individuo. La relación entre estrés y afrontamiento es recíproca, ya que las acciones que realiza una persona para afrontar un problema afectan la valoración del problema y el consiguiente afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986; Stone, Greenberg, Kennedy-Moore & Newman, 1991).

Las estrategias de afrontamiento se pueden estudiar también desde los modelos salutogénico, por ejemplo Antonovsky (1979, 1988) con su modelo se contraponen al clásico paradigma psicopatológico, y permite analizar a la persona – que no al paciente- en un continuo salud / enfermedad, tratando de responder a la pregunta de qué factores protectores promueven que el sujeto se sitúe en el extremo positivo de ese continuo. En esta línea plantean Moreno-Jimenez y colaboradores su modelo de Personalidad Positiva y Salud, al concebir esta última como una variable dinámica y la personalidad positiva como proceso de afrontamiento cognitivo a los estímulos aversivos y estresantes de la vida, como recurso que facilita un control de las situaciones en función de su consistencia, significado y ajuste a las demandas ambientales y expectativas personales.

El grado de adecuación en el manejo o control de la tensión generada por el afrontamiento de una situación estresante determinará que el resultado sea psicopatológico, neutral o salutogénico. El afrontamiento ayuda así a identificar los elementos que intervienen en la relación entre una situación estresante y determinados síntomas de enfermedad (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982). Actúa como regulador de la perturbación emocional: si es efectivo no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad. Un adecuado control de la

tensión frente a los estresores parece determinar un afrontamiento exitoso y un concomitante estado de bienestar.

En relación con los estilos o tipos de afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento cubre dos tipos de objetivos:

- Alterar la fuente provocadora de estrés modificando la situación (*centrado en el problema*). Las respuestas por aproximación son aquellas que se focalizan en el problema y se refieren a intentos cognitivos o conductuales para manejar o resolver los estresores vitales.
- Cambiar la manera en que el estresor es tratado para reducir así el estado emocional negativo (*centrado en las emociones*). El afrontamiento por evitación lo que tiende es a estar centrado en la emoción y refleja los intentos cognitivos y conductuales de evitar pensar en el estresor y sus consecuencias. (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986; Frydenberg y Lewis, 1991; Plancherel y Bolognini, 1995).

Estas dos funciones pueden complementarse a la hora de contribuir al funcionamiento global del individuo o pueden interferirse. Normalmente, tal y como han mostrado diferentes estudios, cuando el individuo considera que las circunstancias no se pueden modificar, emplea el afrontamiento centrado en las emociones, de hecho el uso de respuestas centradas en el problema pueden resultar contraproducentes esto es lo que por lógica sucede en el medio penitenciario; y cuando percibe que lo puede modificar utiliza la respuesta centradas en el problema.

De las investigaciones realizadas por Lazarus & Folkman desde el marco teórico de los estilos de afrontamiento, estos autores han llegado a interesantes conclusiones:

1. En cualquier situación estresante, las personas tienden a *usar estrategias de tipo analítico*.
2. Algunas estrategias de afrontamiento son *más estables que otras* (Mc Crae y Costa, 1986), y la utilidad de cualquier patrón de afrontamiento variará según el tipo de situación estresante, el tipo de personalidad, y los resultados obtenidos finalmente.

3. Cuando las *circunstancias* amenazantes se perciben como resistentes al cambio, se emplean estrategias de afrontamiento centradas en las emociones; y cuando se percibe que la situación puede ser controlada predomina una respuesta centrada en la solución.
4. La respuesta de afrontamiento es capaz de *mediar el resultado emocional*, cambiando el estado emocional desde el inicio al final de la situación estresante. Así, determinadas estrategias de afrontamiento llevan asociadas respuestas emocionales positivas y otras, emociones de tipo negativo. (Folkman & Lazarus 1988a; Bolger, 1990).

Algunos estudios longitudinales como el de Finney y Moos (1991) han permitido demostrar que a pesar de que las respuestas de afrontamiento son específicas para la situación, también reflejan un aspecto de las tendencias personales estables y vinculadas con el funcionamiento de la persona a lo largo de su vida, esto es, un patrón o estilo predominante. Por lo que, más allá de las situaciones específicas por las que los evaluados están atravesando, la utilización de respuestas de afrontamiento evitativas sobre las de aproximación, constituye una modalidad de respuesta que se ha ido conformando a lo largo de la historia vital de estas personas, afirmación que nos resulta muy reveladora al llevarla al ámbito de esta tesis, es decir, sobre la población penitenciaria.

No obstante, aun cuando se pueda sostener que la modalidad de afrontamiento de un sujeto mantiene cierta estabilidad, también debemos considerar que existen situaciones que generan una ruptura en las formas habituales de responder, y/o refuerzan otras. Tal es el caso de la situación de encarcelamiento con todas sus consecuencias y efectos que produce sobre el individuo. Cuando se produce, como sucede al ingresar en prisión, un aumento importante de demandas ambientales, si esto no va acompañado de una mayor activación de los recursos y estrategias de afrontamiento adecuados, puede afectar al bienestar del individuo y provocar desequilibrios psicológicos. No olvidemos, como plantea Valverde Molina (1991), que el régimen carcelario dirige por completo las actividades del sujeto, de manera que ya nada depende de él, lo que va produciendo una pérdida en el control sobre la propia vida. Así, en el medio penitenciario resulta especialmente relevante conocer tanto la disposición como el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas de manera más



frecuentepor los internos dadas las situaciones de estrés agudo y de estrés prolongado a las que se enfrentan por su situación de reclusión.

Las personas privadas de libertad no siempre cuentan con unas estrategias suficientemente efectivas para afrontar la situación de reclusión que exige una fuerte activación de recursos. Zamble y Porporino (1990) mostraron que los reclusos utilizan sobre todo estrategias de afrontamiento caracterizadas por la reacción emocional y la evitación, más que las centradas en el problema, dato también confirmado por un estudio de Mohino, Kirchner y Forns (2004).

En este punto es importante destacar la propuesta teórica de Roger, Jarvis y Najarian (1993) que proponen un modelo de cuatro factores sobre estilos de afrontamiento específico para el contexto penitenciario. Los cuatro estilos propuestos por estos autores son el distanciamiento, la evitación, el afrontamiento centrado en las emociones y la confrontación o afrontamiento centrado en el problema.

- Los autores destacan como más adaptativo el *distanciamiento*, que consiste en que el individuo acepta la existencia de estresores pero minimizando el impacto emocional de estos estresores, negándolo y distanciándose del significado emocional que tenga.
- El *distanciamiento* y la *solución racional* parecen ser las estrategias más adaptativas en prisión, asociadas a menos rumiaciones y menos impulsividad.
- La *evitación* y el *afrontamiento centrado en las emociones* resultan menos adaptativos y se asocian a más rumiaciones e impulsividad.

Este modelo parece adecuarse muy bien al medio penitenciario ya que por ejemplo, el distanciamiento resulta una estrategia adaptativa en vez de contraproducente en este ámbito por hacer más énfasis en intentar negar el efecto de los estresores sobre la persona cuando estos estresores son difíciles de controlar.

Autores como Brown, S. y Ireland C (2006) han tenido ocasión de contrastar este modelo con jóvenes reclusos. Exploraron los estilos de afrontamiento y estrés en jóvenes adolescentes recién encarcelados, encontrando que el distanciamiento y la baja expresión de emociones ayudan a los adolescentes en prisión a adaptarse más positivamente al periodo

inicial de encarcelamiento, teniendo en cuenta los estresores específicos del medio penitenciario.

Mikulic y Crespi (2004) también evaluaron las modalidades de afrontamiento entre internos frente a diferentes situaciones que perciben como estresantes, confirmando un predominio de respuestas de afrontamiento evitativas, siendo las principales situaciones estresantes en prisión: la privación de libertad, el distanciamiento familiar y la ruptura con la pareja.

Los resultados encontrados en prisión irían en la línea de la propuesta de Lazarus y Folkman que defienden el uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones cuando no es posible la solución del problema. En el caso del encarcelamiento, el régimen de vida en prisión limita mucho las respuestas a los problemas que pueden dar los internos, por lo que estas respuestas de afrontamiento de tipo evitativo o centradas en la emoción son adaptativas, aunque, como ya hemos comentado, tendrán efectos adversos sobre el individuo en el medio plazo, destacando el agotamiento emocional consecuencia del continuo esfuerzo del interno por hacer frente a las emociones derivadas de la situación estresante y los efectos sobre el bienestar y salud mental de estas personas.

En el caso de las mujeres reclusas una respuestas de afrontamiento a la encarcelación en mujeres, explorada por Kilty, J. (2011; 2012) es la conducta autolesiva, no limitada a infringirse heridas, sino también a desórdenes de conducta y consumo de sustancias, y que algunas mujeres en prisión usan para expresar sus emociones y hacer frente a su estrés diario. Como menciona Kilty, J. el consumo de sustancias psicoactivas, puede ser una manera de afrontar el estrés sufrido en prisión. Se trata de una respuesta de evasión o evitación de la situación estresante, y que resulta especialmente relevante en los casos en los que no ha habido consumo de sustancias psicoactivas previo al ingreso en prisión, debido a las consecuencias y efectos que para el individuo puede tener este inicio en el consumo de drogas una vez en prisión.

De la literatura revisada, vemos que el consumo de drogas, como respuesta de afrontamiento, es más frecuente en los hombres reclusos, sin embargo, también parece ser muy alta su prevalencia en el caso de las mujeres presas.

En lo referido a los efectos de unas adecuadas o inadecuadas estrategias de afrontamiento sobre el bienestar psicológico y la salud mental del individuo, podemos señalar lo siguiente:

- **Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico**

Los estudios que relacionan afrontamiento y bienestar psicológico han sido realizados con algunas dimensiones del constructo de bienestar psicológico, no se han encontrado estudios que relacionen un índice general de bienestar con estilos y estrategias de afrontamiento.

No obstante, hay una mayor proliferación de estudios entre las estrategias de afrontamiento y el nivel general de malestar psicológico (como polo opuesto del bienestar). Así hay autores que afirman que el afrontamiento centrado en el problema disminuye el malestar psicológico, mientras que el centrado en la emoción lo incrementa (Felton y Revenson, 1984; Griffith, Dubow y Ippolito, 2000). Otros autores, sin embargo, informan de resultados contrarios (Baum, Fleming y Singer, 1983; Marrero, 1982; para una revisión ver Aldwin 1994). Algunos investigadores lo que defienden es que ambas modalidades de afrontamiento son importantes para una la óptima adaptación al estrés, según el tipo de estresor (Stern y Zevron, 1990). Por ejemplo, los adolescentes, ante estresores relacionados con la familia, utilizan preferentemente estrategias de evitación, en cambio frente a estresores escolares suelen utilizar estrategias de aproximación (Griffit, Dubow e Ippolito, 2000).

En el medio penitenciario, Cooper & Livingston (1991) y Cooper & Berwick (1997) están entre los autores que han estudiado si existen diferencias individuales en el número y tipo de mecanismos de afrontamiento utilizado por los internos en relación con su bienestar psicológico. Encontraron que la mayoría de las asociaciones exploradas eran bajas y negativas, indicando esto que aquellos que usan varios mecanismos de afrontamiento sufren de mayor estrés que aquellos que no. Esto sugiere que las estrategias de afrontamiento no son siempre efectivas a la hora de reducir el nivel de estrés, por lo que sería interesante conocer qué otros factores ayudan a los internos a hacer frente a su vida diaria en prisión.

Gonzalez, Montoya, Casullo y Bernabeu (2002) estudiaron la incidencia de la edad, el género y el nivel de bienestar de una muestra de internos sobre los estilos y estrategias de afrontamiento que usan, encontrando una relación significativa entre el constructo de bienestar y el afrontamiento.

Por último, mencionar el trabajo de Brown y Ireland (2006), que estudiaron la efectividad de los estilos de afrontamiento empleados por una muestra de jóvenes en las primeras seis semanas de su encarcelamiento y la relación con su nivel de bienestar. Sus resultados, en la

línea de los obtenidos con adultos, indican que a partir de la sexta semana de prisión, los síntomas de depresión y ansiedad se reducen, y las estrategias de afrontamiento pasan, por lo general, de estar centradas en reducir el estado emocional a ser de tipo evitativo o centradas en la solución. Aunque no se puede hablar sin embargo, tal y como señalan Brown y Ireland (2005), de una relación causal entre la reducción del nivel de estrés y los cambios en la estrategia de afrontamiento, ya que no parece claro que los cambios en el afrontamiento precedan a los cambios en el nivel de bienestar, se puede afirmar de los resultados obtenidos que el estilo de afrontamiento influye en los niveles de depresión en jóvenes en prisión y que este estilo se adapta para hacer frente de la mejor manera al periodo inicial del ingreso en la cárcel.

- **Estrategias de afrontamiento y salud mental.**

Se ha confirmado la relación del estilo de afrontamiento evitativo con trastornos específicos, sobre todo de tipo depresivo (Lapointe y Marcotte, 2000; Roberts, Roberts y Chen, 2000; Vendette y Marcotte, 2000; Windle y Davies 1999). Por ejemplo, Seiffge-Krenke (2000), en uno de los pocos estudios longitudinales sobre este tema, observa una clara relación entre afrontamiento evitativo y psicopatología, correlación que se mantiene a lo largo del tiempo. Esta relación ha demostrado basarse en estados de indefensión que impiden a la persona lograr bienestar y control sobre sus propias vidas, y desarrollar características resilientes. Como afirman Mikulic y Crespi (2004), el predominio de este tipo de respuestas es un factor de riesgo importante, al implicar un posicionamiento pasivo por parte de la persona, que muchas veces se asocia con la percepción de no poder hacer nada para modificar, por sus propios medios, una realidad que genera sufrimiento. Este tipo de afrontamiento, además, puede tener graves consecuencias en el medio plazo (Kirchner, 2003).

Por último mencionar un interesante estudio en este tema, el de McMurrin, M. y Christopher, G. (2009) que estudiaron la relación entre la estrategia de solución de problemas, la ansiedad y la depresión en un grupo de internos. Partieron de la hipótesis de que una orientación negativa al problema sería el predictor de más peso de la ansiedad y depresión en internos en prisión, y encontraron que los sentimientos de amenaza, nerviosismo y miedo a responder a los problemas podían servir, en ocasiones, como factor

protector del individuo frente al conflicto. Sin embargo estas reacciones dificultaban a su vez el adecuado afrontamiento del encarcelamiento y la participación efectiva en programas de rehabilitación.

### Creencias sobre el mundo

Las personas tenemos un conjunto de creencias esenciales sobre nosotras mismas, el mundo y los otros, que nos permiten actuar y relacionarnos en nuestra vida diaria. Janoff-Bulman (1992) propone que este conjunto de creencias esenciales son representaciones cognitivas estables sobre el mundo, los demás y nosotros mismos, que nos permiten manejarnos con ciertas expectativas que dan la percepción de orden y control a la vida.

En cuanto a las dimensiones de las creencias básicas, un primer conjunto está relacionado con la *benevolencia del mundo*, incluyendo las creencias sobre el carácter benevolente del mundo en general y de los hechos que en él suceden en concreto así como las creencias sobre un mundo social benevolente y otros en quienes confiar, estas creencias suponen que ocurren más cosas positivas que negativas en la vida. Un segundo conjunto de creencias se asocia con el *sentido del mundo*, destacando las creencias acerca del mundo como algo controlable (no controlado por azar, donde prima la justicia). Por último, existe un conjunto de creencias sobre uno mismo o *yo digno de respeto*, donde se engloban las creencias positivas sobre nosotros mismos, la eficacia o el control que tenemos tanto de nosotros como del entorno, nuestra motivación vital y nuestra fortuna en la vida.

Dado su carácter de creencias básicas, se ha planteado que puede estar relacionadas con necesidades universales y que son, por tanto, adaptativas y asociadas al bienestar de las personas y ser, en cierto modo, universales. Dichas creencias son además implícitas, se basan en la experiencia emocional y se mantienen fuertemente a pesar de la adversidad y las posibles evidencias en contra (Epstein, 1994; Janoff-Bulman, 1989, 1992).

No obstante, estas creencias pueden ser alteradas y cuestionadas por hechos traumáticos, como lo han demostrado numerosos estudios (Janoff-Bulman, 1989, 1992, 1999; Harris y Valentiner, 2002; Corsino, 2004; Cabrera, 2004; Bilbao, 2008, entre otros) ya que los hechos traumáticos cuestionan bruscamente nuestros sesgos intrínsecos de invulnerabilidad, o bien, de que existe coherencia, benevolencia y justicia en el mundo. Quienes se enfrentan

a sucesos negativos extremos, en comparación con personas que no los han vivido, pueden tener una visión menos benevolente del mundo y mayor desconfianza hacia los demás, así como desarrollar una imagen de sí menos positiva y creer menos que el mundo tiene sentido y propósito (Bilbao y cols. 2008).

La literatura científica sugiere, por tanto, que el trauma afecta, mediante la alteración de las creencias básicas, a las diversas dimensiones del bienestar –Modelo del Estado de Salud Completo de Keyes, 2005-. El trauma altera el sistema de creencias que nos permite relacionarnos con el entorno, disminuye la confianza en los demás (relaciones positivas), el reconocimiento del valor propio (autoaceptación), perdemos la sensación de control sobre lo que nos sucede (dominio del entorno), y las creencias que nos permiten dar coherencia, orden y estabilidad al mundo que nos rodean se ven afectadas por el terror derivado del suceso traumático (relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno).

Dicho todo esto, y volviendo al contexto que nos ocupa, consideramos muy importante el papel que pueden tener las creencias básicas del individuo en su proceso de adaptación al medio penitenciario, así como sobre su nivel de bienestar psicológico durante la estancia en prisión. Las creencias sobre el mundo, los otros y sobre nosotros mismos, pueden facilitar el funcionamiento psicológico del interno en el caso de ser positivas, ayudándole a gestionar la situación de estrés y desgaste por la que posiblemente esté pasando. Sin embargo, unas creencias básicas afectadas por eventos traumáticos anteriores y que sean, por tanto, negativas, dificultarán el adecuado nivel de bienestar del recluso, al fundamentarse estas creencias normalmente en la falta de control sobre el mundo y lo que sucede en él, la desconfianza hacia los otros, y la pobre valía personal. Estas creencias condicionarán el funcionamiento psicológico del interno y dificultarán su adaptación a un medio de por sí estresante y difícil.

## 7.4 CONSECUENCIAS

---

Si consideramos los efectos derivados de la situación de estrés prolongado que se produce en prisión, podemos hablar de consecuencias en el corto y el medio o largo plazo. Anteriormente, ya hemos tenido ocasión de hacer referencia a los diferentes efectos más inmediatos que la estancia en prisión puede producir sobre los internos (véase p.112 y ss.). En este apartado, queremos perfilar las consecuencias más importantes en el medio y largo plazo sobre el interno, tanto sobre su salud mental como sobre su comportamiento en prisión. Hemos considerado los principales y más graves comportamientos derivados de los procesos de tensión, esto es, la agresividad o conductas violentas y el suicidio o intentos autolíticos.

Como nota, señalar que se han dejado fuera de esta exposición las quejas de salud subjetiva, dado que aunque se refieren a una problemática muy frecuente y repetida dentro de prisión, y que por tanto, no hemos querido dejar de incluir en nuestro modelo y de valorar, su motivación teórica ha quedado ya reflejada en otros momentos de esta exposición, especialmente al hablar de la relación entre estrés y salud física.

### **a) Sobre el estado de salud mental de los reclusos**

Ya hemos comentado la grave problemática que existe en las prisiones españolas en torno a las enfermedades mentales. En un apartado hicimos referencia a la alta frecuencia de problemas de salud mental entre la población penitenciaria, y también al tipo de trastornos psicopatológicos más comunes en el medio penitenciario. En este punto lo que pretendemos es completar esa información haciendo una breve exposición sobre el modo en que la situación de encarcelamiento puede afectar a la salud mental de los internos, y que no es de otra manera que produciendo la aparición de problemas psicológicos serios, o agravando las psicopatologías ya existentes. Ambos casos pueden ser una consecuencia derivada del desgaste psicológico y emocional prolongado por el modo en que el estrés afecta al recluso

en los casos en los que no dispone de los recursos suficientes para hacerle frente.

Como ya hemos referido, la adaptación a la cárcel a nivel psicológico lleva parejo que el padecer un nivel elevado de estrés pueda causar deterioro cognitivo y afectar al rendimiento. Y el hecho de que se trate de un estrés crónico o prolongado en el tiempo lo que hace es impedir a las personas afrontar de manera adecuada la vida, con lo que pierden también la capacidad de enfrentarse a nuevos estímulos estresantes. También señalábamos que puede tener el estrés efectos secundarios sobre el estado de salud, incidiendo sobre el aumento de conductas de riesgo, como un mayor consumo de alcohol o drogas, el insomnio, etc. que a su vez pueden derivar en más estrés (Cohen, Kessler, & Gordon, 1995).

### **Trastornos de salud mental**

Sin duda en el contexto penitenciario una de las consecuencias que más preocupa es el detrimento que el encarcelamiento puede causar sobre la salud mental de los reclusos. Aspecto que preocupa, tanto por su frecuencia como por la posible severidad y problemática asociada. Así, el estrés crónico que pueden padecer algunos internos, en función de su percepción subjetiva de la prisión, y de los factores de protección con los que cuente, puede derivar en un desgaste o agotamiento tanto emocional como mental con consecuencias en algunos casos irreversibles para el sujeto.

Desde un *plano emocional*, la adaptación a la cárcel pasa por niveles altos de sintomatología de ansiedad y depresión (Ruiz, 2007; Mur de Araujo y Pano Quesada, 2008; Harding y Zimmerman, 1989) que pueden o no mantenerse con el tiempo, en función de los estresores que afecten al interno y de los recursos con los que éste cuente para hacerles frente.

A *nivel cognitivo*, el día a día dentro de prisión supone una rutina donde el número de horas de inactividad y la falta de estimulación, así como la falta de autonomía y total control y dependencia en actividades básicas como los horarios de sueño, comidas o higiene, pueden tener una incidencia sobre la autoestima, la capacidad cognitiva, las habilidades, y la identidad personal de los internos. Los internos describen, por ejemplo, en un estudio cualitativo realizado en Inglaterra, altos niveles de ira, frustración y ansiedad relacionados con el aislamiento y la baja estimulación mental de su día a día. (Nurse, Woodcock, & Ormsby, 2003).



En relación con *problemas más graves de salud mental*, se ha corroborado que la estancia en prisión: a) empeora trastornos previos y b) tiene un peso muy significativo en la aparición de psicopatologías sobrevenidas tras el ingreso. (Lafortune D. 2010; Zlotnick y cols. en 2008, Gunter y cols. 2008; Falissard B. y cols., 2006 Lindquist CH. y Lindquist CA., 1997; Gunn J. y cols. 1991).

La existencia de *psicopatologías previas*, incide, a su vez, en la adaptación del interno al contexto de prisión y en su forma de reaccionar y enfrentarse a las situaciones de amenaza que allí se vaya encontrando, estando muy relacionadas estas psicopatologías con la aparición de conductas violentas, el consumo abusivo de drogas o incluso el intento de suicidio.

En lo que se refiere a la *aparición de trastornos sobrevenidos* tras el encarcelamiento, la literatura científica se ha interesado especialmente por la relación entre determinados estresores agudos en prisión y la aparición del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Esta relación ya tuvimos ocasión de comentarla al hablar de los estresores o demandas del medio penitenciario, y en concreto al referirnos a los eventos vitales o traumáticos que suceden dentro de prisión, como serían la violencia o las amenazas (véase p.135 y ss.). Estos eventos pueden impactar por exposición directa o indirecta sobre el individuo y algunos síntomas posteriores que puede experimentar el interno son la re-experimentación, la evitación, el aumento de la activación, y en último caso el Trastorno de Estrés Postraumático. La aparición del TEPT en prisión es significativamente mayor que en la población general. Así lo confirma el trabajo de Ruiz J.L. y colaboradores (2002) en el que también pudieron observar cómo la aparición del Trastorno de Estrés Postraumático estaba asociada principalmente a una menor satisfacción con el apoyo social, mayor frecuencia de estilo de afrontamiento evitativo, y una evaluación más negativa del clima emocional del Centro Penitenciario, lo cual podría estar relacionado con una mayor exposición a eventos estresantes.

### **Trastornos adictivos**

Hemos hablado ya de la alta frecuencia en el consumo de drogas o alcohol que hay entre la población penitenciaria, considerando que esta circunstancia suele ser previa al ingreso en prisión (véase p.96 y ss.). Sin embargo, son escasas las investigaciones interesadas por

conocer el modo que el *encarcelamiento* afecta y modifica la conducta de consumo de drogas de las personas en prisión, lo que es relevante por la posible aparición de un trastorno adictivo o de dependencia, y en los casos más graves –que desafortunadamente son frecuentes prisión- la aparición de otros trastornos mentales como consecuencia del consumo –patologías duales-.

En cuanto a los *patrones de consumo una vez dentro de la cárcel*, Shewan y colaboradores (1994), hablan de lo normalizado que está el consumo de hachis o cannabis dentro del medio penitenciario. Así, a través de unas encuestas realizadas con reclusos de una prisión escocesa, estos autores sugieren que aproximadamente el 73% de los internos informan de consumo de cannabis en prisión (Shewan et al., 1994). De ese grupo, un 95% reconoce un uso frecuente (p.ej., tan a menudo como sea posible).

El estudio más relevante en relación con el *efecto del encarcelamiento* sobre el consumo de drogas, es el realizado en 2002 por Plourde & Brochu, con una muestra de reclusos (n: 1317) de varias cárceles de Quebec. Estos internos fueron preguntados acerca de los cambios que habían experimentado en el patrón de consumo de drogas una vez en prisión, así como los motivos que les llevaron a mantener tal cambio (Plourde & Brochu, 2002). De aquellos que solo consumían antes de entrar a prisión, la cocaína era la sustancia principal, seguida por cannabis, heroína, alucinógenos, y benzodiazepinas. Los internos que reconocen consumo antes y durante su estancia en prisión, informan de la preferencia por la misma droga estando en prisión que la que consumían antes de entrar. Sin embargo, internos recién ingresados en prisión informan de un consumo más elevado de cannabis en prisión que antes de entrar, tal vez debido a un acceso más fácil a esta sustancia que otras. Lo que resulta todavía más interesante de los resultados es que, mientras que la principal razón para consumir drogas antes de entrar en prisión es la búsqueda del placer y el olvidar los problemas, estando en prisión los internos consideran el intentar relajarse como la principal motivación para seguir consumiendo.

Aunque los patrones de consumo en cuanto al tipo de sustancia, cantidad y frecuencia pueden cambiar al entrar en la cárcel, no se suele producir una abstinencia total. Antes al contrario, se mantiene o incluso aumenta el consumo como mecanismo de afrontamiento a la nueva situación, especialmente durante las primeras semanas y sobre todo de cannabis.

También dependerá dicho consumo del control y medidas que existan en el propio centro penitenciario, de la oportunidad y acceso a la sustancia y de los ingresos económicos. Preocupan especialmente los casos en los que el encarcelamiento conlleva una mayor frecuencia de consumo en consumidores esporádicos. Y resulta más preocupante todavía el que el mantenimiento o incremento en el consumo de sustancias psicoactivas durante la estancia en prisión vaya acompañado en numerosas ocasiones por otros problemas de salud mental sobrevenidos o agravados. (Cote y Hodgins, 1990; James & Glaze, 2006; Sacco y Pearson, 2003). Por mencionar algunos datos en este sentido, Simpler y Langhinrichsen-Rohling (2005) hablan de más del 50% de los participantes de su investigación que reconocían un consumo abusivo de drogas durante su estancia en prisión. Y aquellos con dos o más problemas de salud mental tenían más probabilidad de informar de una mayor dependencia a sustancias.

## **b) Sobre las conductas desadaptadas o de riesgo**

### **La conducta agresiva**

En una institución cerrada como es la cárcel priman aspectos como la seguridad, la restricción de movimientos y de espacios, el elevado control sobre los reclusos, el aislamiento, la ausencia de intimidad y la convivencia forzada entre individuos, lo que hace que las relaciones interpersonales, frecuentemente cargadas de emotividad, sean una de las principales fuentes de tensión para los reclusos. De hecho, hay estudios que evidencian que la violencia es una parte integral de la vida en prisión (Bowker, 1980; Irwin, 1980; Johnson, 1987). Factores como el hacinamiento, la falta de control, la normativa establecida, etc. pueden dar lugar a una mayor frecuencia de conductas agresivas, y situaciones de violencia. Esto hace que la agresividad verbal o física, tal vez latente antes de entrar en prisión, se manifiesta en el individuo con más frecuencia e intensidad una vez que entra en la cárcel, como forma de hacer frente al elevado nivel de estrés que se encuentra y que debe aprender a gestionar. (Boxer P. y cols. 2009)

La violencia es un producto de los niveles elevados de *hacinamiento* de un grupo de personas con una alta probabilidad de mostrar tendencias o conductas antisociales, en lugares cuyas condiciones ambientales y de convivencia no son siempre óptimas (Bowker,

1980; Toch, 1985; Wolfgang & Ferracuti, 1976). La sobreocupación lleva a competir por los recursos que proporciona el establecimiento, a cubrir necesidades básicas, y a una más difícil participación en programas. A su vez, el hecho de que no haya suficientes programas y actividades para todos los internos, lleva a la experiencia de monotonía y tedio, lo cual generaría en los internos el sentimiento de ser abandonados por la institución con consecuencias negativas sobre su actitud y conducta (JHSA, 2003).

En casos extremos, esta violencia acaba en homicidios. En el año 2000, como ejemplo, en Estados Unidos, se informó de 52 muertes resultado de un asalto dentro de prisión (menos de 0.1 por 1000), bastante menos de las 82 muertes contabilizadas en 1995. Mientras que el homicidio es realmente un acontecimiento raro dentro de prisión, sí que son más comunes los ataques físico (golpes, empujones, puñetazos, patadas, mordiscos, etc.. Según datos oficiales, en una muestra estadounidense, por cada 1000 internos en el año 2000, 28 fueron atacados físicamente por otro interno. (Stephan & Karberg, 2003).

Sin embargo, mientras que la violencia física es asumida como algo normal dentro de la cárcel (Johnson, 1987), y hay incluso estudios que afirman la relación existente entre la conducta inadaptada o violenta de un individuo y su futura reincidencia (Gendreau et al., 1997; Zamble & Porporino, 1988) son escasos los estudios que corroboran esta afirmación. De hecho, poco se conoce en relación a la epidemiología y contexto de la violencia física dentro de prisión, y menos aún de la relación entre el nivel de bienestar psicológico de los reclusos y su efecto sobre conductas de tipo desadaptativo como sería la conducta agresiva.

Muy relevantes nos parecen los resultados encontrados por Boxer P. y colaboradores (2009), que pusieron en evidencia cómo la exposición a situaciones violentas en prisión afecta al ajuste psicológico de los internos al volver a la vida en libertad, encontrando que la vivencia de dichas situaciones durante el encarcelamiento estaban significativamente relacionadas con tendencias agresivas y de conductas antisociales y con estrés emocional en los internos estudiados.

Por su parte, algunos trabajos consultados han investigado, dada su importancia, la relación de la conducta violenta dentro de prisión con otras variables como el consumo de drogas o los problemas de salud mental:

- **Problemas de salud mental y conducta violenta**

Las investigaciones sobre la relación entre estas variables son muy pocas, aunque sí se han hecho algunos esfuerzos en las últimas décadas. Por ejemplo, Steadman y colaboradores (1998) no encontraron diferencias significativas en el riesgo de violencia de personas salidas de hospitales psiquiátricos en relación con la población general en situaciones de abstinencia. Más recientemente, Friedmann, Melnick, Jiang, y Hamilton, (2008) examinaron la relación entre síntomas psiquiátricos y conductas violentas entre 192 internos que participaban en un programa de deshabitación en un Centro Penitenciario estadounidense, concluyendo que los indicadores de un mayor riesgo de conducta violenta eran los pensamientos de control, las sanciones, el tráfico de drogas, los fracasos en la participación en el programa y una historia de trastorno antisocial de la personalidad.

Siguiendo a Ruddell y colaboradores (2006) para el personal que trabaja en prisiones el mayor riesgo de conductas violentas o inadaptadas lo tienen los internos con problemas de salud mental –mucho más que los internos que pertenecen a bandas organizadas, internos con largas condenas, o reincidentes. Sin embargo, a pesar de estos estereotipos, la poca literatura revisada en el ámbito penitenciario indica que los reclusos con problemas mentales no tienen estadísticamente mayor riesgo de ser violentos que aquellos con problemas mentales en la población general (Monahan et al., 2005). Algunos datos muy reveladores en este sentido son los siguientes:

- a) Los internos con esquizofrenia tienen menos probabilidad de cometer delitos violentos (Rice & Harris, 1995).
- b) Hay estudios que sugieren que los síntomas negativos de la psicosis, como son el aislamiento social, las ilusiones de control de cuerpo/mente pueden mitigar o servir como factores protectores de acciones violentas. (Appelbaum, Robbins, & Monahan, 2000; Swanson et al., 2006).
- c) Además, trastornos como la depresión o distimia, la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar han demostrado no guardar una relación significativa con la violencia dentro de prisión (Appelbaum et al., 2000).
- d) Los trastornos de personalidad sí que tienen una relación significativa con conductas agresivas (Monahan y cols. 2005). Este dato es muy importante, teniendo en cuenta que entre la población reclusa encontramos una prevalencia muy alta (50-80%) de

trastorno antisocial de la personalidad entre los internos y también de rasgos característicos de psicopatía (Hare, 2003). En un metaanálisis realizado por Coid (2002), este autor encontró que el trastorno antisocial de la personalidad estaba entre los principales predictores de la conducta violenta (Coid, 2002; Gendreau et al., 1997). Y en el caso de la psicopatía, la literatura revisada es contradictoria acerca de si niveles elevados de psicopatía están asociados con conductas inadaptadas entre la población reclusa. (Guy, Edens, Anthony, & Douglas, 2005; Richards, Casey, & Lucente, 2003).

Entre los internos con problemas de salud mental lo que sí existe es un mayor riesgo entre ellos de consumo de drogas (Torrey et al., 2008), lo cual, en combinación con ciertos síntomas psiquiátricos puede hacer aumentar significativamente el riesgo de violencia dentro de prisión (Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor, & Silva, 2000; Eronen, Angermeyer, & Schulze, 1998; Scott & Resnick, 2006; Steinert, 2002; Swanson, Holzer, Ganju, & Jono, 1990; Swanson et al., 2006).

- **Consumo de drogas y conducta violenta**

Muchos estudios han confirmado una relación significativa entre el consumo de sustancias, especialmente alcohol, y violencia (e.g. National CASA, 1998), corroborado por dos revisiones sistemáticas de la literatura sobre este tema (Hoaken & Stewart, 2003; Parker & Auerhahn, 1998).

Otros estudios destacan también el papel de la cocaína, junto con el del alcohol, en su relación con comportamientos violentos (Chermack & Blow, 2002). Relacionado con esto, varios trabajos coinciden en afirmar que la cantidad de alcohol ingerido o la frecuencia en el consumo de drogas son indicadores significativos de un mayor riesgo de comportamientos violentos (Chermack & Blow, 2002; Haggård-Grann et al., 2006; Hoaken & Stewart, 2003; Melnick et al., 2006; Mulvey et al., 2006; Parker & Auerhahn, 1998; Rice & Harris, 1995; Steadman et al., 1998)

En prisiones, algunos trabajos lo que indican es que una historia de consumo de drogas aumenta las infracciones cometidas dentro de prisión, tanto las relacionadas con el consumo de drogas –es decir, ingesta o tráfico de drogas en prisión- como de otro tipo (Jiang, 2005), sin embargo, aquellos internos condenados por delitos de tráfico de drogas muestran menos

frecuencia de conductas violentas e inadaptadas. (Cunningham & Sorensen, 2006).

Un pequeño grupo de estudios ha revisado la relación entre la conducta violenta en prisión y el tratamiento de deshabitación de los internos participantes, encontrando que la participación en este tipo de programas disminuye pero no elimina completamente, sus problemas disciplinarios (Langan & Pelissier, 2001; Welsh, McGain, Salamatin, & Zajac, 2007). Diversos estudios han identificado, por ejemplo, varios factores de riesgo relacionados con la comisión de infracciones en módulos terapéuticos, destacando que el ser más joven, que el tipo de delito sea más grave, que existan problemas de conducta previos, y que haya todavía varios meses de condena pendientes tras completar el programa terapéutico son indicadores de una mayor frecuencia de conductas inadaptadas en este tipo de módulos terapéuticos dentro de prisión (Langan & Pelissier, 2001; Welsh et al., 2007).

Dado que hay una elevada frecuencia de consumo abusivo de drogas dentro de prisión, resulta interesante, conocer las diferentes hipótesis explicativas que se han propuesto, respecto de a la relación entre consumo de drogas y conducta violenta.

- a) Las propiedades farmacológicas de ciertas sustancias pueden afectar el riesgo de violencia, las sustancias aumentan la ansiedad, otras los mecanismos de inhibición y algunas disminuyen la sensibilidad al dolor, todos estos factores pueden aumentar la probabilidad de una conducta agresiva. (Hoaken & Stewart, 2003).
- b) Un segundo mecanismo es la hipótesis de la alta correlación del uso de sustancias y trastorno de personalidad antisocial con la conducta violenta. Numerosas investigaciones han encontrado poca o ninguna asociación entre la conducta violenta y la dependencia a sustancias psicoactivas salvo cuando concurre el Trastorno de Personalidad Antisocial. (Hendrin, 1980; Kaplan, 1995; Tengstrom, Hodgins, Grann, Langstrom, y Kullgren, 2004).
- c) Un tercer mecanismo es la hipótesis de que los delitos violentos son un contexto adecuado para continuar en el consumo de drogas. Es decir, el mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas requiere una importante financiación, y el delito violento es un medio de obtener dinero (Faupel, 1991; Kaplan, 1995; Maruna, 2000; Valle y Humphrey, 2002).

- d) Por último, el abuso de sustancias pueden interactuar con síntomas psiquiátricos (es decir, paranoia y o alucinaciones) y aumentar la ansiedad, la tensión y la percepción cognitiva, síntomas psicológicos que pueden aumentar la probabilidad de una conducta violenta. (Hiday, 1997).

- **Psicopatologías, consumo de drogas y conductas violentas**

Varios estudios lo que confirman es que el consumo de drogas tiene un papel potenciador o desencadenante de la conducta violenta en los casos de personas con problemas de salud mental, esto es, el abuso de alcohol (Haggård-Grann, Hallqvist, Langstrom, & Moller, 2006; Mulvey et al., 2006) o de drogas en general (Monahan y cols. 2001; Melnick, Sacks, & Banks, 2006) aumentaban significativamente el riesgo de conductas violentas entre personas con trastornos mentales.

En la población reclusa, algunos trabajos han mostrado la existencia de una relación significativa entre violencia y patología dual -consumo de sustancias y problemas de salud mental -(Swanson et al., 2006); sin embargo, otros estudios no han confirmado tal asociación (Abram & Teplin, 1990). En esta línea un trabajo reciente de Sacks y colaboradores (2009), examinaba la relación entre estas tres variables (consumo de drogas, trastorno mental y violencia) en una muestra de 1349 internos recién excarcelados. Para la mayoría de estos individuos con problemas de consumo abusivo de drogas, la cantidad de alcohol ingerido y la frecuencia de consumo de droga estaban asociadas con una mayor probabilidad de conductas agresivas. Por su parte, los problemas mentales no fueron indicativos de un aumento en la conducta violenta, con la excepción del trastorno antisocial de la personalidad, que sí mostraba una relación significativa. En conclusión, los resultados sugieren que el consumo abusivo de drogas y el trastorno antisocial de la personalidad son factores relacionados con la conducta violenta, pero esta relación no se ve aumentada, normalmente, por la presencia de otro tipo de problemas de salud mental. También enfatizan estos autores la importancia de desarrollar programas en los que se incluya tanto la deshabitación como su relación con conductas violentas dirigidos a personas con problemas mentales que van a ser liberados.

Otros estudios han examinado la co-ocurrencia de trastorno antisocial de la personalidad y el consumo de sustancias y su relación con la conducta violenta (Coid, 2002; Crocker et al.,



2005; Friedman, Kramer, Kreisher, & Granick, 1996; Kaplan & Damphouse, 1995; Miller, 1990; Richards, Casey, & Lucente, 2003; Tengstrom et al., 2004; Walsh, 1999), encontrando resultados en la línea de los comentados en el estudio de Sack y cols (2009) y coincidentes en que la psicopatía aumenta el riesgo de violencia.

### **El riesgo de suicidio en prisión**

*“La prisión me ha marcado mucho, llegando incluso a la apatía y a perderle el sentido a la vida ya que esto es muy rutinario y monótono”. Interno C.P.Herrera*

Como indica la OMS, el suicidio es un fenómeno complejo que supone en la actualidad un problema de salud pública de primer orden, no obstante su prevención y control no son tarea fácil. Afirman Ruiz y cols., (2002) que el riesgo de suicidio en prisión constituye uno de los temas a tener en cuenta en el diseño de políticas penitenciarias

En Instituciones Penitenciarias la conducta suicida supone uno de los más graves problemas a abordar, ya que la incidencia de autolesiones intencionadas e intentos de suicidio es desproporcionadamente alta entre la población reclusa (Ivanoff, 1992; Pattison y Kahan, 1983, citado por Franklin, 1988), y las cifras de suicidio son significativamente más elevadas que entre la población general. En un interesante estudio, Winfree, (1985), encontró que, controlando los factores diferenciales entre población general y reclusa, las cifras de suicidio en prisión seguían siendo significativamente más altas que en la población general.

Aunque la forma de recoger los datos o la definición legal del acto de suicidio así como la fidelidad en el registro de estos casos puede variar en cada país, diversas fuentes muestran que la tasa de suicidios en prisión es mayor que la reportada en la población en general (Hayes, 1995; Marijuán, 1997). Por ejemplo, de acuerdo a datos de la OMS ([www.who.org](http://www.who.org)), la tasa media de suicidio en la población general mundial es de 12,35 para hombres y 3,75 para mujeres por cada 100.000 habitantes, mientras que en contextos penitenciarios se han encontrado en 1996 por cada cien mil internos, tasas de 146 suicidios en Alemania, 187 en Bélgica, 197 en Camerún, 317 en Chad, 194 en Francia, 91 en Nueva Zelanda o 118 en el Reino Unido (Observatorio Internacional de Prisiones, 1996), con excepciones a esta tendencia como las de las prisiones de Japón en ese año, que no registró ningún suicidio en prisión. En Canadá, por ejemplo, la tasa de suicidio en prisión es tres veces superior a la de la población general (Arboleda-Florez y Holley, 1989) y en Francia sería ocho veces mayor

(Ramsay y colaboradores, 1985) En la prisiones escocesas, entre 1970 y 1982 la tasa media de suicidios fue de 51.8 por 100.000 (Backett, 1987). En España, el número de suicidios en 2011 fue de 15, lo que supone una tasa de suicidio de 24 por cada 100.000 habitantes.

- **Estrés y suicidio**

La conducta suicida puede considerarse como un comportamiento contraproducente, derivado normalmente de un cúmulo de factores cuya intensidad puede multiplicarse por estar en prisión. Se han dado diversas explicaciones a este fenómeno, de entre las cuales los modelos sociales o ambientales son los más populares.

En la literatura científica (e.g., Lester, 1990, Cox et al., 1984) han encontrado una conexión entre variables ambientales, como el hacinamiento, las condiciones sanitarias, higiénicas, la comida, la separación de los seres queridos, etc. con la incidencia de patologías, entre las cuales está el suicidio. Y entre los estudios consultados centrados en la conducta suicida, se observa que la mayoría de los internos que cometen suicidio han experimentado acontecimientos estresantes en los tres meses previos al suicidio, tales como:

- *Problemas interpersonales y/o rechazo*: Separación, divorcio o muerte del cónyuge; Peleas con la pareja, familia, amigos, amante; la soledad y el aislamiento social
- *Pérdidas*: Pérdida inminente de un ser querido
- *Problemas laborales y financieros*: Pérdida del trabajo, dificultades financieras; paro reciente o jubilación.
- *Cambios en la sociedad* – por ejemplo, rápidos cambios políticos y económicos;
- *Otros acontecimientos estresantes* tales como la vergüenza y el temor a ser encontrado culpable por el delito cometido.

Sin embargo, es improbable que el suicidio en prisión se deba en exclusiva a los factores ambientales, ya que por un lado también sucede en centros modernos y con óptimas condiciones, y por otro, no es una respuesta universal a las dificultades de la vida en prisión. Además, como afirman Cooper y Berwick (2001) la estancia en prisión puede llevar a algunas personas a suicidarse mientras que otras muestran niveles de estrés muy bajos, por

lo que la percepción del ambiente, las diferencias individuales y los recursos personales influirán mucho en el riesgo de suicidio dentro de prisión.

Algunos individuos parecen estar en más riesgo que otros, por lo que es fundamental considerar también los factores individuales para determinar las variables de riesgo individuales, las características psicológicas y conductuales asociados con índices de bienestar psicológico y desgaste emocional.

- **Grupos de riesgo**

Las prisiones son depositarias de grupos considerados vulnerables en lo que se refiere al suicidio. Afirman Rager y Bénèzech (1987) que la institución carcelaria reúne a sujetos de alto riesgo en varios factores relacionados con el suicidio: jóvenes, enfermos mentales, padres separados o fallecidos, ausencia de vida familiar, ruptura de relaciones sociales, falta de formación e inserción profesionales, inactividad, categorías sociales desfavorecidas, consumo de psicotrópicos, etc. Según la literatura científica consultada, las conductas de suicidio parecen ser más frecuentes en internos jóvenes, en hombres, en aquellos que tienen problemas de toxicomanía y con historia de psicopatología previa, pero no con depresión. Además, las complicaciones en el proceso judicial o en las condiciones de encarcelamiento, aparecen relacionadas con conductas de autolesión, a las que el interno recurriría como forma de llamar la atención.

- **Causas de suicidio en prisión**

El impacto psicológico del encarcelamiento o el estrés diario asociado a la vida en prisión puede sobrepasar las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables. De acuerdo a Bénèzech y Rager (1987), las causas posibles de los intentos de suicidio en prisión son diversas. Estos autores hacen una interesante diferenciación de posibles motivos de suicidio en el medio penitenciario: factores judiciales, factores asociados a la situación misma de encarcelamiento y causas relacionadas con las características de la población penitenciaria.

- *Factores judiciales*

Entre las *causas judiciales*, la persona encarcelada puede resentirse psicológicamente de problemas como la lentitud de los procedimientos, las dificultades del proceso, el formalismo jurídico, la falta de celo del defensor o la gravedad de las decisiones judiciales.

Archel y Rauvant (1989) señalan que el intento de suicidio o las autolesiones puede ser un recurso del interno para llamar la atención sobre sus condiciones judiciales, acelerar una resolución o retrasar un traslado. También pueden constituir una forma de comunicarse a nivel no verbal, a la que algunos internos pueden recurrir cuando perciben que la institución no atiende sus demandas.

Por su parte, Harding (1984) a partir de datos de una prisión suiza indica que en los trece suicidios registrados hubo un suceso desencadenante, relativo al proceso jurídico, al régimen del centro o relacionado con la familia del preso.

- *Causas relacionadas con el encarcelamiento*

En cuanto a las *causas asociadas al encarcelamiento*, Bénèzech y Rager (1987) identifican el choque del encarcelamiento en los detenidos por primera vez, la ruptura con el medio de vida habitual, y con las coordenadas espacio-temporales y afectivas del interno, la distorsión del tiempo, que se vuelve inmóvil e interminable en la prisión, la soledad, violación de la intimidad, aislamiento afectivo, ausencia de comunicación positiva y de relaciones sexuales, estrés moral, tensión psicológica, ansiedad por la aproximación de decisiones judiciales, la tensión de estar encerrado, etc.

Además, la vida en prisión favorece volverse sumiso y vegetativo, como también han señalado otros autores (García-Borés, 1998; Páez, 1988).

Señalan también Archel y Rauvant (1989) que los intentos de suicidio y autolesiones pueden ser intentos de dar una temporalidad a la vida en prisión y de romper con el pasado: por un lado, estos actos constituyen formas de introducir variación en la vida de la prisión, de romper la monotonía del tiempo y por otro, el recluso intenta olvidarse, aunque sea un instante, de su pasado delictivo, que es lo que ha determinado que él esté en prisión, y que constituye el elemento central de su identidad social en prisión (rol del preso), identidad que está constantemente presente, sin poder sustituirla por otra -como ciudadano/a, trabajador/a, padre/madre, etc).

Respecto al choque del encarcelamiento, algunos estudios muestran una mayor concentración de actos de suicidio en las primeras semanas de encarcelamiento, pero otros trabajos no confirman esta tendencia. En un estudio realizado por Backett (1987), se observó que el riesgo de suicidio aumentaba en las primeras semanas de encarcelamiento: 9 sujetos se suicidaron en las primeras 24 horas, 13 en la primera semana y 20 en el primer mes. De acuerdo a estos datos, el autor afirma que la probabilidad del suicidio aumenta cuando se sobrepasa un umbral de resistencia al estrés, umbral que depende de los recursos de afrontamiento del sujeto. De entre los estresores, el más importante sería la abstinencia de alcohol o drogas forzada por el encarcelamiento.

Por ello, los días posteriores al ingreso en prisión o el tipo de delito, a afectos prácticos, se consideran variables de alto riesgo a la hora de valorar un posible intento de suicidio. En otros casos puede haber detrás un trastorno depresivo o trastornos de personalidad límite o antisocial, caracterizados por conductas muy impulsivas.

No obstante, la mayor frecuencia de suicidios no se da siempre en las primeras semanas de encarcelamiento: García-Marijuán (1997) encuentra que de 47 suicidios en prisiones españolas, 9 ocurrieron en el primer mes de ingreso en prisión, y 38 al año o más.

Cooper y Berwick (2001) en una investigación que compara los factores de riesgo para tres grupos de internos que suelen tener más prevalencia de suicidio (preventivos jóvenes, jóvenes penados e internos con cadena perpétua encontraron que una historia psiquiátrica previa, la fe, los sentimientos de culpa, la falta de apoyo social externo, o la falta de participación en actividades dentro de prisión son los factores más asociados con un alto nivel de ansiedad, depresión y morbilidad psicológica, y también la severidad de las molestias y preocupaciones diarias.

○ *Variables relacionadas con la persona*

**1. Factores psicosociales:**

Otros factores que en prisión se han de tener en cuenta, por su relación con el suicidio son las diferentes características psicosociales de cada individuo:

- *Alcoholismo y drogodependencia:* Las personas dependientes del alcohol que cometen suicidio (hasta 1/3 de los casos de suicidio), no sólo comienzan a beber a

temprana edad y beben copiosamente, además que suelen provenir de familias alcohólicas. Las toxicomanías (consumo de drogas) se encuentran cada vez más en adolescentes que presentan comportamientos suicidas. El uso y abuso de sustancias puede ser común entre personas con tendencia a ser impulsivas, y entre aquellos que se involucran en conductas de alto riesgos que resultan en daño a sí mismo (ej. conducción temeraria, peleas, autolesiones o cortes en brazos, etc). La presencia de alcoholismo/drogadicción y depresión aumenta enormemente el riesgo de suicidio.

- *Esquizofrenia:* Según algunos estudios aproximadamente el 10% de los esquizofrenicos cometen suicidio. La esquizofrenia se caracteriza por alteraciones en el habla, el pensamiento, la audición y la visión, la higiene personal y el comportamiento social; en resumen, por drásticos cambios en el comportamiento y/o los sentimientos, o por ideas extrañas. Es más probable que los esquizofrénicos comentan suicidio: en etapas temprana de la enfermedad, cuando están confusos o perplejos; en las etapas tempranas de la recuperación, que es cuando se sienten vulnerables; en etapas tempranas de una recaída; poco después de darle el alta médica. En estos casos es clave controlar que tomen la medicación correspondiente de la manera prescrita por los médicos.
- *Enfermedades Físicas:* Laas principales son:
  - *Epilepsia:* El aumento en la impulsividad, agresión y discapacidad crónica, vistas con frecuencia en personas con epilepsia, son las razones más probables del aumento en el comportamiento suicida de los epilépticos.
  - *Lesiones* en la médula espinal o el cerebro y accidentes cerebro-vasculares: a más seria la lesión, mayor el riesgo de suicidio.
  - *Cáncer:* existen indicaciones de que una enfermedad terminal se asocia con el aumento en tasas de suicidio.
- *Impulsividad:* Es la tendencia a actuar sin pensar en un plan o en sus consecuencias. Es un síntoma de muchos trastornos mentales, y ha sido relacionado a la conducta suicida usualmente a través de su asociación con desórdenes mentales o abusos de sustancias.

- *Temperamento y personalidad.* Hay dos tipos de temperamento o perfil de personalidad asociados con el suicidio: a) Personas impulsivas/agresivas: asociadas con impulsividad, búsqueda de sensaciones, abuso de drogas/alcohol, problemas en la infancia; b) Personas depresivas/retraídas: más relacionados con afectos negativos, escaso control emocional, ansiedad alta. Ambos tipos, por lo dicho anteriormente sobre las variables incluidas en cada uno, se relacionan con el suicidio de una manera u otra.

En línea con esto, mencionar un interesante estudio realizado en cinco prisiones de Bogotá, (Ruiz y cols, 2002) se analizó mediante cuestionario aplicado a 400 internos la presencia de indicadores psicológicos de suicidio y de variables asociadas como psicopatología previa, estresores cotidianos en prisión, clima emocional, y antecedentes familiares y de consumo de drogas. Mediante análisis de regresión se encontró que el riesgo de suicidio se asociaba con una menor edad, una mayor dificultad para ajustarse a las normas del centro y con la existencia en el pasado de enfermedades físicas y de dificultades sexuales. También son más vulnerables al suicidio los internos que no pertenecen a algún grupo de reclusos -por la naturaleza de su delito, o por su personalidad- ya que entonces se ven privados de la autoestima y del sentimiento de pertenencia -frente al de aislamiento-, y del sentido de control que proporciona el grupo. Los mismos autores (Ruiz y cols, 2002) plantean la dificultad que se da en ocasiones de distinguir entre tentativas de suicidio, ingestión accidental de objetos extraños, automutilaciones y el suicidio.

## **2. Variables sociodemográficas**

También es importante tener en cuenta, en relación con el suicidio, las *diferencias* que puede haber entre la población reclusa en cuanto a edad, género, y variables de otro tipo:

En relación a las *diferencias por género*, Bénèzech y Rager (1987) señalan que las tasas de suicidio en prisión son más altas en los hombres. Estos autores argumentan que se debe a que éstos son más agresivos y más violentos que la mujer y escogen medios más eficaces para culminar el acto de suicidio. En cambio, no existirían diferencias de género para tentativas de suicidio y conductas autoagresivas. Otros estudios han mostrado similares datos para los suicidios consumados, argumentando diferencias relacionadas con la sintomatología ansioso depresiva, mayor en mujeres, y diferencias derivadas de los roles de

género, en los que la mujer, por su rol de cuidadora y mayor sentido de responsabilidad frente a, por ejemplo, sus hijos, no llega a consumar el suicidio en tantas ocasiones como los hombres. Sin embargo, varios estudios confirman mayor número de intentos de suicidio entre las mujeres reclusas que entre los hombres.

Respecto a la *edad*, el suicidio se daría más en los internos más jóvenes, aunque la tasa de suicidio tiene dos crestas: personas mayores (más de 65 años), aunque son pocos en prisiones, los jóvenes (15-35 años): especial atención por el impacto de la encarcelación en ellos.

Los sujetos *psicológicamente frágiles* (psicópatas, toxicómanos, alcohólicos, etc.), pueden tener también una con gran propensión a pasar al acto auto o heteroagresivo.

Además, esta población presenta una *acumulación de eventos de vida traumáticos*. En un estudio realizado por estos autores Rager y Bénèzech (1987) entre 25 jóvenes reincidentes, 14 sujetos habían tenido accidentes de motos, 14 sufrieron en algún momento de su vida un coma o pérdida de conocimiento, 16 sujetos padecieron un traumatismo craneal, y 22 sujetos usaban de forma crónica productos tóxicos (16 especialmente heroína) situándose la edad media de inicio del consumo a los 14 años. Dieciseis sujetos se habían auto-mutilado (en 10 casos en situaciones de detención), y 10 habían informaron de tentativas de suicidio (9, fuera de la prisión): la edad media del intento de suicidio fue los 16 años.

- **Medidas de prevención**

A veces no existen procedimientos formales para identificar y atender a internos con riesgo de suicidio. En el caso de las Instituciones Penitenciarias españolas, la Administración Penitenciaria, consciente de la gravedad de este problema, y teniendo en cuenta la experiencia acumulada de los diversos programas de prevención de suicidios puestos en marcha previamente, ha establecido, a través de la Instrucción 14/2005 un protocolo integral de actuación frente al suicidio en prisión, conocido como Programa Marco de Prevención de Suicidios (PPS). Este programa está teniendo un enorme éxito en su objetivo de prevenir e intervenir sobre la conducta suicida, y está sirviendo de referente para las instituciones penitenciarias de diferentes países europeos y latinoamericanos.

- **Investigaciones sobre el suicidio en prisión**



Por último mencionar algunas investigaciones con resultados interesantes en relación a todo lo comentado hasta ahora sobre el suicidio en prisión:

Analizando las características sociodemográficas, Archel y Rauvant (1989) encuentran, en las prisiones francesas, que los varones (que componen el 95% de la población penal francesa), se suicidan en proporción tres veces más que las mujeres, el 70% tiene menos de 30 años, muchos son solteros (el 43%), sin formación escolar (el 85%), y por ello de baja cualificación laboral (34% obreros).

De 33 muertes clasificadas oficialmente como suicidios, Backett (1987) encontró que las características más sobresalientes eran ser soltero (18 casos), estar bajo observación psiquiátrica (11 casos, aunque sólo 4 fueron identificados como de alto riesgo de suicidarse), estar en detención preventiva (19), tener antecedentes criminales (29 sujetos, y 24 habían estado antes en prisión). Otros 15 sujetos tenían antecedentes de al menos un acto de parasuicidio; 20 habían tenido algún contacto psiquiátrico pero sólo un sujeto fue diagnosticado como enfermedad depresiva; 15 tenían problemas de alcohol o drogas y algunas padecían síndrome de abstinencia en la época anterior al suicidio.

Por su parte, Arboleda-Florez y Holley (1989) al analizar algunas características que aparecían más frecuentemente en un grupo de 97 internos con riesgo de suicidio, respecto a un grupo de control de 45 sujetos encontraron que entre los primeros había más mujeres, tenían más ingresos en centros correccionales, presentaban síntomas más severos, se mostraban más depresivos, con menos apetito y mayor pérdida de peso, y había más sujetos que habían recibido tratamiento psiquiátrico. El pasado suicida no diferenciaba a ambos grupos.

## **CONSIDERACIONES METODOLOGICAS**

---

## 1. OBJETIVO GENERAL

---

El objetivo de la investigación planteada en esta tesis es analizar la asociación existente entre el nivel de bienestar psicológico de las personas que se encuentran reclusas en prisión y determinados factores antecedentes -estresores y recursos- relacionados con el proceso de estrés que está viviendo durante su estancia en la cárcel. También se desean conocer las consecuencias de relación entre variables antecedentes y funcionamiento psicológico positivo, en concreto, su efecto sobre el estado de salud mental y las conductas desadaptadas más frecuentes en los reclusos.


## 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

---


Se pueden distinguir, así, cinco objetivos fundamentales en la presente investigación:


- Analizar el nivel de *bienestar psicológico* de la población reclusa, teniendo en cuenta la posible influencia de algunos factores sociodemográficos, en concreto el efecto de la edad, la cultura, el nivel de ingresos económicos que percibía antes del encarcelamiento, y el consumo de drogas antes de su ingreso en prisión.
- En relación con las variables *antecedentes*:
  - Explorar el papel de determinadas *demandas o estresores* sobre el nivel de bienestar psicológico de los internos, considerando como estresores:
    - Algunas variables penales y penitenciarias como son: el haber estado previamente en prisión, el tipo de delito por el que está preso, la duración de la condena impuesta y el tiempo que el recluso lleva en prisión continuada.
    - Los acontecimientos estresantes vividos por el interno a lo largo del último año,

- Las molestias o “hassles” específicos del medio penitenciario,
- El nivel de estrés percibido por el interno en el momento de la investigación.
- Conocer la influencia positiva tanto de *recursos personales* (en concreto los recursos psicológicos, las estrategias de afrontamiento, y las creencias que el interno tiene sobre el mundo) como los *recursos externos* (el apoyo social objetivo y subjetivo) que refiere tener el interno, sobre el nivel de bienestar psicológico de los reclusos.
- Mostrar el papel moderador de los dos tipos de recursos mencionados antes (personales y externos) en la relación entre estresores o demandas –nivel de estrés percibido- y el grado de bienestar psicológico de los internos.

 En relación con las consecuencias:

- Comprobar que el bienestar psicológico es un factor protector del estado de salud mental de los reclusos.
- Estudiar el efecto positivo que un buen funcionamiento psicológico tiene sobre determinadas conductas desadaptadas en la población reclusa, en concreto, sobre, las quejas de salud subjetiva, las conductas agresivas y el riesgo de suicidio.

 Analizar, desde un punto de vista cualitativo, el nivel de bienestar psicológico de los reclusos, complementando así la evaluación cuantitativa de su funcionamiento psicológico óptimo.

 Explorar, desde un punto de vista cualitativo, la aportación de las historias de vida de los reclusos a los resultados obtenidos sobre su funcionamiento psicológico o nivel de bienestar psicológico. Estas historias se analizan teniendo en cuenta el papel de los eventos traumáticos y vitales sobre el desarrollo del individuo y su posterior funcionamiento psicológico.

### 3. HIPOTESIS

---

En función de los objetivos propuestos, y tomando en consideración los datos empíricos a los que se ha hecho referencia en la exposición teórica, se proponen las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Las variables sociodemográficas de edad, cultura, nivel previo de ingresos económicos y consumo de drogas, tendrán una relación significativa con los niveles de bienestar psicológico de las personas encarceladas, en el siguiente sentido:
  - a. La *edad* se relacionará de forma positiva con el bienestar psicológico, esto es, a más edad, mayor nivel de bienestar psicológico.
  - b. La *cultura*, definida en este estudio por grupos de nacionalidades, también se relacionará con el bienestar de forma que a culturas más similares a la española (española, europea o latina) se encontrarán niveles más elevados de bienestar que en culturas más diferentes a la española (países del este, países árabes u orientales).
  - c. El *nivel de ingresos económicos previo al ingreso* influirá en el nivel de bienestar psicológico de forma positiva, de modo que a mayor poder adquisitivo antes del ingreso mejor nivel de bienestar.
  - d. El *consumo de drogas antes de la entrada en prisión* influirá de manera negativa sobre el funcionamiento psicológico óptimo del recluso, por lo que a mayor grado de dependencia a sustancias psicoactivas o alcohol, le sucederá menor bienestar psicológico.
2. Respecto a las variables antecedentes que hemos elegido como demandas o estresores, se prevén las siguientes relaciones:

- a. Determinadas circunstancias penales o penitenciarias afectarán al nivel de bienestar psicológico del individuo, en el siguiente sentido:
- i. La *experiencia previa en prisión*, es decir, el que el interno haya ingresado con anterioridad en una cárcel, afectará de forma negativa al funcionamiento psicológico del individuo, con lo cual la estancia previa en prisión estará relacionada con un peor nivel de bienestar psicológico en el interno.
  - ii. El *tipo de delito* influirá sobre el nivel de bienestar psicológico, de forma que a delitos más violentos (homicidio o intento, agresión sexual) peor funcionamiento psicológico positivo.
  - iii. La *duración de la condena* afectará de forma negativa al nivel de bienestar psicológico del interno, de manera que a mayor cuantía de condena que deba cumplir el interno peor será el nivel de bienestar psicológico que manifiesta.
  - iv. El *tiempo continuado en prisión* influirá en este mismo sentido en el nivel de bienestar psicológico del preso, considerando que cuanto más tiempo lleve la persona encarcelada, peores niveles de bienestar psicológico presentará.
- b. Hay demandas o estresores relacionados con la vida y circunstancias del interno durante su tiempo en prisión, que pueden afectar de forma significativa los niveles de bienestar psicológico del individuo, especialmente las siguientes:
- i. Los *acontecimientos estresantes* vividos en el último año tanto fuera como dentro de prisión afectarán sobre el funcionamiento psicológico óptimo del recluso de forma que cuantos más eventos estresantes vivencie el interno a lo largo del último año, peor nivel de funcionamiento psicológico positivo mostrará.
  - ii. Las *molestias o "hassles" en prisión* se relacionarán de forma inversa con el nivel de bienestar psicológico de manera que una puntuación

elevada las molestias percibidas por el interno en prisión influirá sobre un peor nivel de bienestar psicológico del individuo.

iii. El *nivel de estrés percibido* por el interno, derivado de distintas circunstancias o estresores, afecta al bienestar psicológico del mismo, en concreto cuanto mayor sea el nivel de estrés percibido del recluso durante el último mes, menor bienestar psicológico presentará.

3. En lo que se refiere a las variables antecedentes consideradas como recursos, planteamos las siguientes hipótesis.

a. El *apoyo social*, considerado como recurso externo, influirán de forma positiva en el funcionamiento psicológico óptimo del recluso, de modo que buenos niveles de apoyo social objetivo y subjetivo se afectarán significativamente a un mejor nivel de bienestar psicológico.

b. En cuanto a las variables consideradas como recursos personales, se proponen las siguientes relaciones:

i. Que el interno cuente con un repertorio amplio de *recursos psicológicos* incidirá positivamente sobre los niveles de bienestar psicológico.

ii. Un mayor número de *estrategias de afrontamiento* influirá significativamente en un mejor nivel de bienestar psicológico.

iii. El predominio de *creencias positivas sobre el mundo*, tendrá una relación significativa con un buen nivel de funcionamiento psicológico.

4. En la interacción entre demandas y recursos se espera que:

a. La existencia de recursos personales y externos modere de forma significativa la relación entre un alto nivel de estrés percibido y un bajo nivel de bienestar psicológico en la población reclusa, mejorando este último.

5. En relación con las consecuencias:

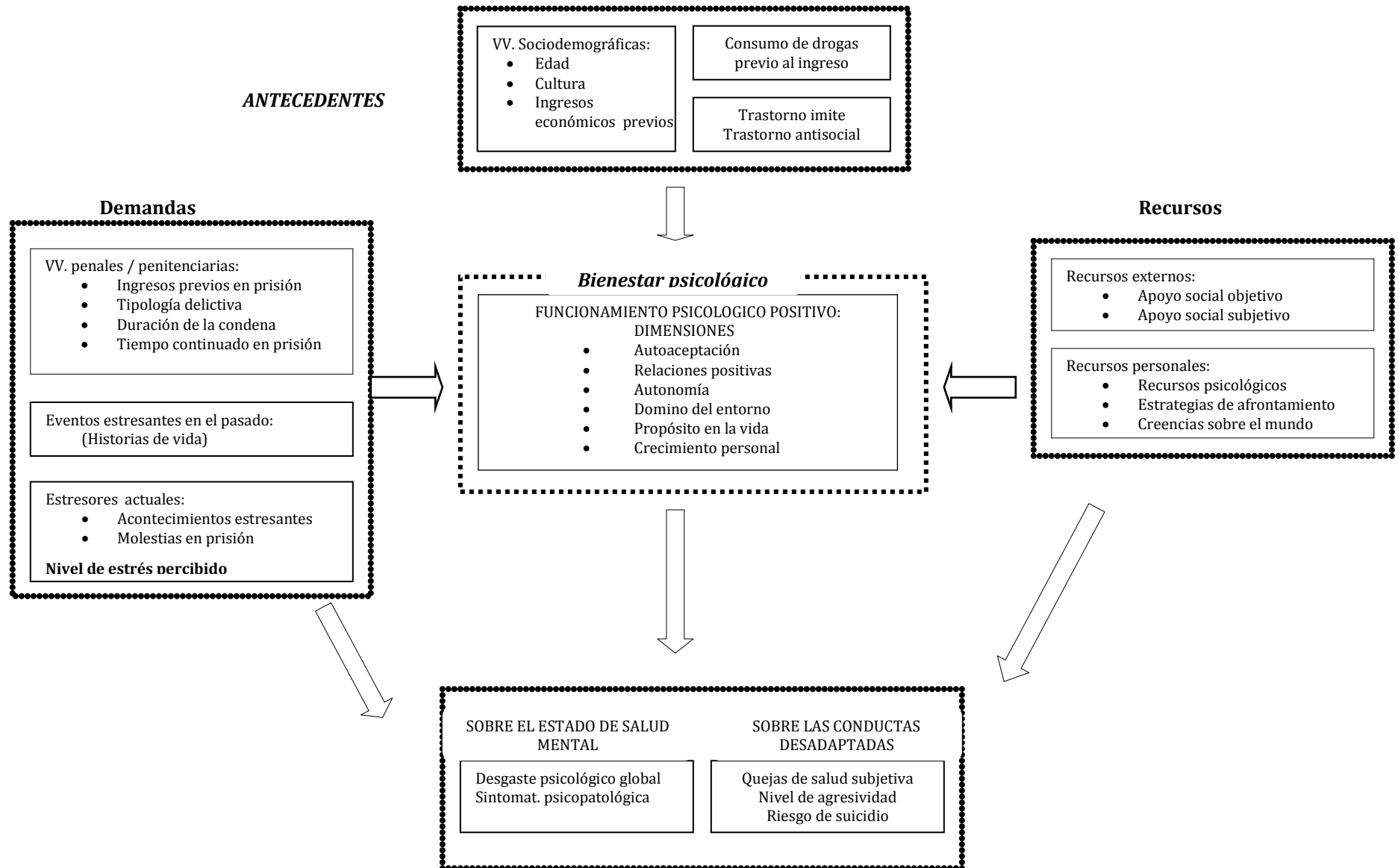
- a. En las consecuencias referidas al *estado de salud mental*, se prevén las siguientes relaciones:
    - i. Los niveles de bienestar psicológico se relacionarán de forma significativa e inversa con la sintomatología psicopatológica que presentan los reclusos, con lo que mejores niveles de bienestar psicológico se traducen en la aparición de menos alteraciones mentales.
    - ii. El nivel de bienestar psicológico actuará también como moderador, cuando el nivel de funcionamiento psicológico es alto, en la relación entre un alto nivel de estrés percibido y la elevada sintomatología psicopatológica, disminuyendo esta última.
  - b. En relación con la *conducta desadaptada*:
    - i. Un alto nivel de bienestar psicológico influirá de forma inversa sobre el número de quejas de salud subjetiva del recluso, de modo que habrá mayor número de quejas de salud subjetiva en los reclusos con peores niveles de bienestar psicológico.
    - ii. Un buen funcionamiento psicológico positivo incidirá de forma significativa y negativa sobre el nivel de agresividad del individuo, por lo que los mayores índices de agresividad se encontrarán entre los internos con peores niveles de bienestar psicológico.
    - iii. El funcionamiento psicológico positivo influirá de forma significativa e inversa sobre el riesgo de suicidio de los reclusos, con lo que los reclusos con peores niveles de bienestar psicológico presentarán un mayor riesgo de suicidio.
6. Los resultados cualitativos obtenidos de la valoración del bienestar psicológico de los reclusos a partir del completamiento de frases, irán en la misma línea que los obtenidos a través de la evaluación cuantitativa.
  7. Las historias de vida de los internos se relacionarán del siguiente modo con su bienestar psicológico actual:



- a. Historias de vida con mayor frecuencia de eventos traumáticos con carga negativa (exposición a situaciones traumáticas, carencias, ausencia de patrones de referencia) estarán relacionadas con peores niveles de bienestar psicológico –evaluado de forma cuantitativa-.
- b. Historias de vida con mayor frecuencia de vivencias positivas (desarrollo normalizado, figuras de referencia, afectos adecuados, logros) irán asociadas a reclusos que presentan niveles de bienestar psicológico altos.

En base a estas hipótesis y tomando como punto de partida la propuesta que realizábamos en la exposición teórica, el *Modelo de Estrés y Bienestar Psicológico en Prisión* que se desea poner a prueba a través de esta investigación se operativiza del siguiente modo:

**Figura 4.1. MODELO DE ESTRÉS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN PRISIÓN**



El *Modelo de Estrés y Bienestar Psicológico* que proponemos considera que el nivel de bienestar psicológico de las personas privadas de libertad, entendido como funcionamiento psicológico positivo, está influido por una serie de factores antecedentes, principalmente demandas o estresores que se producen durante el tiempo de reclusión, aunque también influyen aspectos sociodemográficos y determinados trastornos de personalidad, que son previos al ingreso en prisión, así como factores de protección, esto es, recursos externos al individuo o recursos personales con los que el recluso cuente.

Como *nota* al modelo teórico que se vemos operativizado en la figura 4.1 se observan algunas diferencias respecto del modelo teórico propuesto (véase pp.125), en concreto:

1. La variable *recursos penitenciarios* no se ha considerado como variable empírica en este estudio dadas las dificultades prácticas para operativizar y evaluar de forma fiable las actividades y demás recursos que podrían abarcarse dentro de esta variable.
2. Únicamente se han evaluado las consecuencias relacionadas con el *desgaste psicológico* de la persona en reclusión y aquellas de tipo *conductual*, como las quejas de salud subjetiva, la agresividad o el riesgo de suicidio. Se ha dejado fuera la valoración el *proceso de motivación* y el nivel de implicación del interno en su propio proceso de reinserción social, consecuencia que hemos definido como derivada del proceso de motivación generado por la relación entre niveles bajos de estrés y niveles altos de recursos personales, externos así como de un adecuado funcionamiento psicológico. Esta decisión se justifica por la ausencia de instrumentos de evaluación adecuados para de forma fiable el modo en que un interno se implica con su Programa Individualizado de Tratamiento.
3. Los eventos estresantes vividos en el pasado, algunos de los cuales han podido ser de tipo traumático y relacionarse con el funcionamiento psicológico actual del individuo, no se han evaluado de forma exhaustiva en este trabajo. Se ha realizado un análisis exploratorio a este respecto, a partir de las historias de vida de los internos, con el fin de realizar una primera aproximación a este planteamiento.

## ▣ Variables sociodemográficas

Las *variables de tipo sociodemográfico* elegidas en esta investigación por su relación con el bienestar psicológico son las siguientes:

- La *edad*, que puede relacionarse de forma positiva con el bienestar psicológico por el propio proceso de maduración y experiencia vital del individuo, con lo que, a más edad, mayor nivel de bienestar psicológico, especialmente en las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida.
- La *cultura*, definida en este trabajo por grupos de nacionalidades de culturas más similares a la española a menos similares, puede tener también impacto sobre el nivel de bienestar psicológico, teniendo en cuenta dos aspectos: 1. Que la herramienta para evaluar el bienestar psicológico se ha diseñado desde una cultura occidental; y 2. Que en esta investigación la prueba se ha pasado en idioma castellano. Por ello consideramos que las diferencias culturales de otros países con la cultura española incidirá en los niveles de bienestar psicológico de forma negativa, esto es, a culturas más lejanas a la española, peor bienestar psicológico.
- El *nivel de ingresos económicos* antes de entrar en prisión puede determinar el modo en que el individuo se adapte a la prisión, ya que este nivel de ingresos nos habla también de la posible situación social y dificultades previas del recluso antes de ser encarcelado, que incidirán en su funcionamiento psicológico. Esperamos así que el nivel de ingresos mantenga una relación positiva y significativa con los niveles de funcionamiento psicológico positivo.
- El *consumo de drogas antes de entrar en la cárcel* influiría de forma negativa sobre el bienestar psicológico. Así un consumo de larga trayectoria, por todos los factores que puede o suele llevar asociados –p.e. deterioro cognitivo, integración social deteriorada, situación socioeconómica con carencias- tendría un efecto contraproducente sobre el nivel de bienestar psicológico durante la estancia en prisión, sobre todo en dimensiones como la auto-aceptación, el crecimiento personal, o propósito en la vida.

## Demandas o estresores

Entre los posibles *estresores o demandas* vividos durante el encarcelamiento, esta investigación ha incluido los siguientes:

- *Estresores penales o penitenciarios:*
  - Los *ingresos previos* en prisión influirán de manera negativa sobre el funcionamiento psicológico del individuo, derivado del desgaste previo que una anterior estancia en prisión ha supuesto para él, además del resto de factores contextuales y personales relacionados con su nueva entrada en la cárcel (trayectoria delictiva, consumo de drogas, sin red de apoyo social, ausencia de hábitos laborales, etc.)
  - El *tipo de delito* afectará al nivel de bienestar psicológico en función de la violencia e impacto social derivado de los hechos imputados, de forma que a delitos más violentos (homicidio o intento, agresión sexual) peor funcionamiento psicológico.
  - La *duración de la condena* afectará de forma negativa al bienestar psicológico, entre otros motivos, porque la expectativa de salir pronto o de enfrentarse a una corta condena permiten al individuo gestionar su tiempo en la cárcel como algo transitorio y organizar su vida al salir en libertad lo que ayuda al recluso a que la prisión le afecte menos.
  - *El tiempo continuado en prisión* empeora el nivel de bienestar del recluso, debido a los efectos negativos que la cárcel tiene sobre el individuo.
- *Acontecimientos vitales:* La exposición a eventos vitales, en concreto aquellos vividos a lo largo del último año, son considerados como estresores agudos y en ocasiones traumáticos, que puede afectar al bienestar psicológico del recluso. El encarcelamiento hace que esta relación se acentúe debido a la privación de libertad y falta de control sobre las situaciones de estrés vividas, por lo que esperamos una relación significativa e inversa entre el número de acontecimientos vitales vividos y el nivel de bienestar psicológico del interno.

- *Molestias diarias en prisión:* La acumulación de pequeños estresores, a modo de molestias o “hassles” que se producen de forma continuada y generan cierto malestar en la persona, en el caso del encarcelamiento toman mayor importancia y relevancia para la población reclusa por lo que creo que tendrán una incidencia significativa sobre el nivel de bienestar del interno, de forma que a mayor número de molestias percibidas menor nivel de bienestar.
- *Nivel de estrés percibido:* Esta variable no se refiere tanto a un tipo de estresor concreto como al proceso de tensión que está viviendo el interno derivado de determinadas circunstancias. Se trata de una variable antecedente del bienestar psicológico, que es considerada como medida del nivel global de estrés que tiene el interno en prisión en el momento de la investigación. Su relación con el bienestar psicológico será significativa y negativa, es decir, a mayor estrés menor nivel de bienestar.
- *Historias de vida:* Que se pretende sea un reflejo de la exposición a eventos traumáticos pasados en la vida del sujeto. Se espera que los resultados en esta prueba cualitativa guarden relación con el funcionamiento psicológico que muestran los reclusos. Para su valoración se ha solicitado la narración por la persona de determinadas etapas de su vida. La relación que consideramos hay entre las historias de vida de los internos y su propio bienestar psicológico va en el siguiente sentido:
  - Historias de vida que reflejen exposición a situaciones traumáticas, situaciones de carencia afectiva, y también de necesidades básicas, así como un proceso de desarrollo y madurativo con ausencia de patrones de referencia y vivencias normalizadas tendrá un impacto significativo con el actual nivel de funcionamiento psicológico del interno.
  - Historias de vida donde se aprecie un desarrollo normalizado, aparezcan figuras de referencia y situaciones positivas a nivel afectivo y también de logros y solución de dificultades, y el interno muestre aspectos positivos de sí mismo, impactarán de forma positiva en su actual bienestar psicológico.

## Recursos

En lo que se refiere a los *recursos*, se espera que su papel en este modelo sea el de potenciar el funcionamiento psicológico de los reclusos y amortiguar el efecto del estrés sobre sus niveles de bienestar psicológico. Para esta investigación se han incluido las siguientes variables:

- *Recursos externos*: el *Apoyo social*, como pilar fundamental en la adaptación del individuo a la prisión, le ayudará a mantener sus relaciones con los demás y su dominio del entorno, por lo que su relación con el bienestar psicológico será positiva.
- *Recursos personales*:
  - *Recursos psicológicos*: Para esta investigación se ha hecho una selección de determinados recursos psicológicos, los que consideramos más significativos en el contexto penitenciario así como más relevante para reducir el estrés y facilitar el bienestar psicológico del interno, que son:
    - *Optimismo*: tendencia o capacidad de creer que uno experimentará buenos resultados en la vida, anticipando consecuencias positivas. Y que el optimismo es además un estilo cognitivo-afectivo sobre como un sujeto procesa la información en cuanto al futuro.
    - *Valor*: postura necesaria para enfrentarse a experiencias duras sin perder la dignidad; y por otra parte la capacidad de no huir de las experiencias negativas impuestas por la adversidad. No dejarse intimidar ante la amenaza, el cambio, la dificultad o el dolor. Ser capaz de defender una postura que uno cree correcta aunque exista una fuerte oposición por parte de los demás, actuar según las propias convicciones aunque eso suponga ser criticado. Incluye la fuerza física pero no se limita a eso.
    - *Vitalidad*: disposición o capacidad de mantener una energía o motivación general, tanto desde el punto de vista somático como psicológico. Esta a la vez describe un aspecto dinámico del bienestar

marcado por la experiencia subjetiva de la energía. A nivel somático, está muy conectado con buenos niveles de salud física y funcionamiento corporal y a nivel psicológico.

- *Autocontrol*: capacidad para regular, contener o asimilar los deseos, emociones, necesidades e impulsos cuando la situación lo requiere.
- *Inteligencia emocional*: capacidad de no huir de las experiencias negativas impuestas por la adversidad que permite acceder a las emociones y sentimientos propios y utilizar dicho conocimiento para comprender y orientar el comportamiento. Involucra el autoconocimiento y la autoevaluación que incluye la habilidad de razonar sobre las motivaciones internas emocionales y los procesos dinámicos. Hace referencia a usar esta información emocional en el razonamiento.
- *Solución de problemas*: habilidad para solucionar conflictos. El buen solucionador de problemas combina las tres dimensiones (la tendencia a superar todas las etapas, el mantenimiento de un tono emocional apropiado, y el ataque directo sobre el problema). Capacidad para poner en marcha una amplia serie de habilidades y conocimientos, estos pueden variar según la situación o tipo de problema con el que nos enfrentemos.
- *Mentalidad abierta*: la capacidad de pensar las cosas con detenimiento, de forma crítica y flexiva, y analizar las situaciones desde varios puntos de vista. Es decir, como la tendencia a la búsqueda de diversas estrategias que favorecen los planes de acción, los objetivos, y las metas, así como realizar una evaluación sopesada de los resultados que se podrían obtener. Además, estos comportamientos elegidos deben ser adaptativos y hacer una contribución positiva a la propia vida y a la de los demás.
- *Inteligencia social*: el conocimiento de uno mismo y de los demás. Conciencia de las motivaciones y sentimientos de los demás y saber



responder a ellos. Capacidad que tiene uno de identificar las necesidades del otro.

- *Justicia*: capacidad para tomar parte en las actividades cívicas que van más allá de las interacciones individuales y de la relación de una persona con grupos más amplios, como la familia, la comunidad, la nación y el mundo. Representa un sentimiento de identificación con obligaciones que son buenas para los intereses propios y de los demás; se genera un sentimiento de responsabilidad a un nivel colectivo.
- *Estrategias de afrontamiento*: La capacidad del interno para enfrentarse a las dificultades derivadas de su vida en prisión, a través de la utilización de diversas estrategias de afrontamiento, ayudará al interno a mantener unos mejores niveles de bienestar psicológico. Las diferentes estrategias de afrontamiento que se consideran en este trabajo son:
  - *Confrontación*: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él.
  - *Planificación realista*: capacidad para elaborar una estrategia que apunta a solucionar el problema.
  - *Aceptación de la responsabilidad*: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema.
  - *Distanciamiento*: Implica los esfuerzos que realiza la persona por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte.
  - *Autocontrol*: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
  - *Re evaluación positiva*: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

- *Huida o evitación*: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos.
  - *Búsqueda de apoyo social*: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.
- *Creencias sobre el mundo*: El modo en que el individuo percibe el mundo y atribuye la relación causa-consecuencia a factores como el azar, la suerte o el autocontrol de aquello que sucede a su alrededor, incidirá también en su mejor bienestar psicológico, en los casos en que estas atribuciones sean positivas (benevolencia del mundo o de las personas) y le atribuyan más seguridad y control sobre lo que sucede a su alrededor (autocontrol). Las creencias incluidas se pueden dividir en tres grupos:
  - *Benevolencia del mundo*: hace referencia al grado en que percibimos el mundo de forma positiva o negativa, y la creencia de que en el mundo ocurren en general un mayor número de acontecimientos positivos que negativos. Esta categoría se divide en dos asunciones: *benevolencia del mundo y de las personas*. La primera de ellas establece que el mundo es un lugar justo donde las desgracias son poco comunes, mientras que la referida a las personas es considerarlas básicamente buenas.
  - *Asunciones sobre el mundo*: se percibe el mundo como un lugar con significado, se refiere a las creencias sobre la distribución de los acontecimientos positivos y negativos, e incluye: el principio de *justicia*, de acuerdo al cual la gente recibe lo que se merece; un principio de *control*, de acuerdo al cual la gente es capaz de controlar

los resultados de los acontecimientos por medio de tomar precauciones, realizar determinadas conductas y principio de *azar*.

- *Cuestiones referidas al autoconcepto*, se dividen en *autocontrol*, que hace referencia al grado en que la persona se ve a si misma como capaz de realizar comportamientos y esfuerzos para prevenir posible acontecimientos negativos; *automerecimiento* se refiere a percibirse como una persona bondadosa y la *suerte* referida a al grado en que uno mismo se percibe como una persona afortunada.

### **Bienestar psicológico**

El constructo de *bienestar psicológico* utilizado en este trabajo se relaciona con el funcionamiento psicológico positivo de una persona y su continua necesidad de mejora y desarrollo personal. Para la definición de este término se parte del Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico propuesto por Carol Ryff en 1989 y revisado en 1995. Consta de seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, propósito en la vida, dominio del entorno y crecimiento personal. En este trabajo se explora el bienestar psicológico de dos formas: cuantitativamente, a partir de la escala diseñada por Ryff para evaluar este constructo, y de forma cualitativa, con el fin de conocer la percepción subjetiva que los internos tienen de su bienestar psicológico.

### **Consecuencias**

En último lugar, el modelo refleja el efecto que la relación entre los estresores que de forma prolongada inciden sobre el interno, los recursos con los que cuenta, y el nivel de bienestar psicológico de éste, puede tener sobre dos aspectos principales, el psicológico y el conductual. El primero de ello referido al estado de salud mental y el segundo a las conductas desadaptadas que se pueden dar en prisión.

- Respecto del *estado de salud mental* de la persona encarcelada, las variables que se han especificado son a) Desgaste psicológico global, operativizado como *índice de severidad global*, que recoge el nivel global de malestar del interno a través del BSI

de Derogatis; b) sintomatología psicopatológica, donde se evalúan el agotamiento emocional (ansiedad y depresión) así como otros síntomas relacionados con diferentes psicopatologías (ideación paranoide, somatización, etc.).

- Y en relación con las **conductas de riesgo** que puede exhibir el interno:
  - Quejas de salud subjetiva: número de quejas que tiene el interno sobre su estado de salud, evaluado a través de un cuestionario que recoge diversas dolencias.
  - Nivel de agresividad: Evaluado a través de cuatro dimensiones, que son agresividad física, verbal, ira y hostilidad.
  - Riesgo de suicidio, valorado a través de una escala muy utilizada en el ámbito penitenciario.

#### **4. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO**

---

La investigación realizada responde a un diseño de tipo transversal, por haberse llevado a cabo con datos recogidos en un único momento. Además, estamos hablando de un estudio de tipo descriptivo y correlacional, que incluye dos tipos de análisis de datos: mayormente una parte de análisis cuantitativo, pero también se ha incluido la evaluación y análisis cualitativo de la información recogida a partir de técnicas cualitativas para completar el análisis realizado y enriquecer las relaciones planteadas y resultantes en la investigación. La recogida de datos o trabajo de campo, se ha realizado entre los meses de Diciembre de 2011 y Febrero de 2012, siguiendo los siguientes pasos:

Primeramente se solicitó permiso a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, presentando el proyecto de investigación, con el fin de poder llevar a cabo el mismo. Seguidamente se realizaron entrevistas a los internos del Centro Penitenciario de Herrera de la Mancha, informándoles de los objetivos de la investigación a realizar y preguntándoles por su deseo de participar en la misma. A los internos que accedieron a formar parte de la evaluación se les entregó un cuadernillo con las pruebas a cumplimentar, y se les informó del fin de cada prueba y del modo en que debían rellenarlas. En ese momento se recogió el *consentimiento informado* firmado por cada recluso, en el que daban su permiso por escrito

para que los datos facilitados pudieran ser analizados con los fines de esta investigación. Una vez entregadas y analizadas las evaluaciones, y tal y como se había acordado con los participantes, se mantuvieron reuniones con los internos en grupos de 10 a 15 personas. En estas reuniones, a modo de seminarios, se realizaba una exposición teórica de los objetivos de las pruebas psicológicas que habían cumplimentado, y se daba a cada interno un perfil individual con sus resultados en las pruebas. En el seminario se analizaban los resultados y el sentido de los mismos según los baremos establecidos, para que cada interno pudiera conocer e interpretar su perfil psicológico. La experiencia resultó muy positiva tanto para los reclusos, que manifestaron su agradecimiento y satisfacción con el seminario en varias ocasiones; como para mí como psicóloga penitenciaria. Además, aquellos internos que lo desearon, tuvieron ocasión de mantener entrevistas individuales posteriores para analizar en más detalle su perfil y aclarar dudas.

En un segundo momento se solicitó a los internos participantes que realizaran dos tareas abiertas, el cuestionario de frases incompletas y la historia de vida; y se les explicaba la finalidad y forma de realizar las misma. Se hacía especial hincapié en la importancia de la redacción de las historias de vida, dado que requería de un gran esfuerzo por parte de los reclusos, muchos de ellos con dificultades lecto-escritoras, idiomáticas y con poca costumbre de expresarse por escrito.

Una vez recabada toda la información, se procedió al análisis de los datos, con el fin de contrastar las hipótesis expuestas.

## 5. MUESTRA

---

En este estudio han colaborado de forma voluntaria 179 reclusos del Centro Penitenciario de Herrera de la Mancha (Ciudad Real), si bien han sin **finalmente 160 internos** los que han participado en los análisis estadísticos y cualitativos de la investigación, ya que el resto de participantes habían realizado de forma incompleta o errónea los autoinformes entregados para su cumplimentación. Las edades de los internos han estado comprendidas entre los 19 y los 67 años. La muestra ha estado compuesta exclusivamente por hombres, al no haber módulos para mujeres en este Centro Penitenciario.

Algunas de las características de la muestra participante en este trabajo vienen recogidas en las tablas que se incluyen a continuación. Estos datos se han obtenido a partir del Cuestionario de Información General elaborado ad hoc para esta investigación. En el apartado siguiente se explican en detalle los criterios de respuesta que se han aplicado en la recogida de información, con el fin de ofrecer los datos que se desarrollan a continuación con la mayor claridad:

**Tabla 5.1 Datos sobre la edad, nivel de ingresos económicos y nacionalidad de la muestra**

| EDAD  | MEDIA      |      | Desv. típ. |
|---|------------|------|------------|
|   | 37,31      |      | 10,22      |
|   | Frecuencia | %    | % acum.    |
| 18 a 24 años  | 16         | 10,0 | 10,0       |
| 25 a 34 años  | 57         | 35,6 | 45,6       |
| 35 a 44 años  | 46         | 28,7 | 74,4       |
| 45 a 60 años  | 39         | 24,4 | 98,8       |
| Mayor de 60 años                                    | 2          | 1,3  | 100,0      |
| NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS<br>PREVIOS (Mensuales) | MEDIA      |      | Desv. típ. |
|   | 847,54     |      | 859,06     |
|   | Frecuencia | %    | % acum.    |
| Ningún ingreso                                      | 42         | 26,3 | 26,3       |
| Menos de 800€mensuales                              | 42         | 26,3 | 52,5       |
| Entre 800 y 1600€mensuales                          | 59         | 36,9 | 89,4       |
| Más de 1600€mensuales                               | 17         | 10,6 | 100,0      |
| GRUPOS POR NACIONALIDAD O CULTURA                   | Frecuencia | %    | % acum.    |
| Española  | 122        | 76,3 | 76,3       |
| Latinoamericana                                     | 24         | 15,0 | 91,3       |
| Europea   | 0          | 0    | 91,3       |
| Países árabes                                       | 8          | 5,0  | 96,3       |
| Países del este                                     | 6          | 3,8  | 100,0      |
| Asiático  | 0          | 0    | 100        |

La **edad** media de los participantes ha sido de 37,31 años (SD= 10,22). Por grupos de edad, el grueso de la muestra se sitúa entre los 25 y 45 años, con el 64,3% de los participantes (35,6% de internos entre 25 y 34 años y 28,7% entre 35 y 44 años). El porcentaje de jóvenes (entre 18 y 24 años) ha sido del 10% y los presos mayores de 60 años solamente han alcanzado el 1,3%.

El **nivel de ingresos económicos** antes de entrar en prisión se han tratado como variable continua, y también haciendo una división en grupos según si el nivel de ingresos mensuales ha sido *ninguno, bajo, medio* o *alto*. Los resultados obtenidos nos indican unos ingresos medios de 847,54€ mensuales para esta muestra, y una mayor frecuencia para el grupo de nivel medio de ingresos (36,9%), esto es, entre 801 y 1600 euros mensuales. Si embargo el 52,5% de los participantes refieren que sus ingresos estaban por debajo de los 800€, con hasta un 26,3% de internos que afirman no tener ningún tipo de apoyo económico antes de ingresar en la cárcel. Por otro lado, destaca también que hasta el 10,6% indican que sus ingresos antes del encarcelamiento eran superiores a 1600€

En lo que se refiere a la **cultura**, se ha analizado la variable *cultura* a partir del país de origen, y se ha hecho una división en hasta 6 grupos (cultura española, latina, europea, árabe, países del Este y asiática), si bien no ha habido internos representantes de nacionalidad europea (no españoles) o asiática. Los participantes, en su mayoría, han sido de cultura española (76,3%; n= 122), seguidos de un 15% de presos de cultura latinoamericano, y en porcentajes mucho menores encontramos personas de países árabes (5%) o de Países del Este de Europa (3,8%), estos porcentajes tan bajos para los dos últimos grupos pueden dificultar el análisis estadístico posterior de cara al ajuste de hipótesis.

En la siguiente tabla se detallan otras características de la muestra participante, en relación con el nivel de estudios y sus hábitos laborales, también recogidas en el Cuestionario de Información General.

**Tabla 5.2. Datos complementarios formativos y laborales de la muestra**

| NIVEL DE ESTUDIOS  | Frecuencia | %     | % acum.    |
|--|------------|-------|------------|
| Analfabeto/neoelector  | 19         | 11,9  | 11,9       |
| Estudios primarios   | 86         | 53,8  | 65,6       |
| Estudios secundarios   | 49         | 30,6  | 96,3       |
| Estudios superiores  | 6          | 3,8   | 100,0      |
|  |            | MEDIA | Desv. típ. |
| EDAD DE ABANDONO DE LOS ESTUDIOS                                     |            | 14,89 | 3,90       |
|  | Frecuencia | %     | % acum.    |
| Antes de los 12 años   | 20         | 12,5  | 12,5       |
| Entre los 12 y los 14 años   | 47         | 29,4  | 41,9       |
| Entre los 15 y los 16 años   | 46         | 28,7  | 70,6       |
| Entre los 17 y los 18 años   | 28         | 17,5  | 88,1       |
| Después de los 18 años   | 19         | 11,9  | 100,0      |
|  |            | MEDIA | Desv. típ. |
| EXPERIENCIA LABORAL  |            | 11,56 | 9,79       |
| HABITOS LABORALES  | Frecuencia | %     | % acum.    |
| Sin hábitos laborales (0 a 3 años de experiencia laboral)            | 35         | 21,9  | 21,9       |
| Hábitos laborales no consolidados (3,1 a 7 años de experiencia)      | 35         | 21,9  | 43,8       |
| Hábitos laborales consolidados (7,1 años de experiencia en adelante) | 90         | 56,3  | 100,0      |
| SECTOR DE TRABAJO  | Frecuencia | %     | % acum.    |
| Ninguno (Sin experiencia, pensionista)                               | 8          | 5,0   | 5,0        |
| Venta ambulante/afilador   | 7          | 4,4   | 9,4        |
| Sector primario  | 7          | 4,4   | 13,8       |
| Construcción / conductor / mozo                                      | 50         | 31,3  | 45,0       |
| Profesiones  | 48         | 30,0  | 75,0       |
| Servicios (hostelería, comercio)                                     | 30         | 18,8  | 93,8       |
| Cualificado (Técnico, empresario)                                    | 10         | 6,3   | 100,0      |

El **nivel de estudios** de las personas que han participado en esta investigación ha sido mayormente básicos, (65,7% de los casos); de este porcentaje un 11,9% se reconocen analfabetos funcionales o neoelectores. El 30,6% ha realizado estudios de secundaria, sin detallar la finalización o no de dichos estudios. Y únicamente el 3,8% de la muestra refiere haber realizado estudios superiores.



Llama la atención respecto del nivel de estudios, que la edad media de **abandono** de los mismos ha sido de casi 15 años, con un 42% de los presos que dejaron sus estudios antes de esa edad, y de ese porcentaje, hasta el 12,5% lo hicieron antes de los 12 años. Por otro lado, casi un 12% de los internos participantes seguían estudiando después de los 18 años, sin embargo, el hecho de que solo el 3,8% haya realizado estudios superiores nos indica que estos jóvenes se encontraban, en su mayoría, repitiendo algún curso e intentando finalizar sus estudios de secundaria.

En relación con los **hábitos laborales**, la experiencia laboral media de los internos está en los 11,56 años, y más de la mitad de los participantes, hasta un 56,3%, refiere contar con una experiencia laboral de más de siete años. Por otro lado, casi el 40% de los participantes tiene una experiencia laboral inferior a 3 años. Si tenemos en cuenta que la edad media de la muestra estaba en torno a los 37 años, y que la edad media de abandono de los estudios eran los 15 años, vemos que entre los 15 y los 37 años habría dos grupos diferenciados: aquellos con una experiencia laboral dilatada y otro que no ha alcanzado los tres años de vida laboral, posiblemente relacionado esto con su consumo de drogas y temprana trayectoria delictiva.

En relación con el **sector de trabajo** mayoritario para esta muestra, debemos decir que lo que más abunda es la diversidad de puestos de trabajo no cualificados para una misma persona, pudiendo referir el recluso hasta 4 y 5 puestos totalmente diferentes, aunque especialmente en el ámbito de la construcción y la hostelería. Los sectores mayoritarios son precisamente la construcción, con un 31,3% y el de profesiones como electricista o fontanero, etc., con otro 30%. Hay un 5% que reconoce no haber trabajado nunca en nada. Y un 4,4% dedicado a la venta ambulante, chatarra, afilador o similar. Otro 4,4% han trabajado como jornaleros en el campo. En el otro extremo, observamos que hasta un 6,3% indican haber ocupado puestos cualificados, como técnicos o empresarios.

Se recogen a continuación otras características de tipo familiar en relación con la muestra participantes, que también hemos podido conocer a partir del Cuestionario de Información General.

**Tabla 5.3. Datos complementarios de tipo familiar en la muestra**

|   |       | Frecuencia | %          |      |
|---|-------|------------|------------|------|
| NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIA DE ORIGEN          | Bajo  | 59         | 36,9       |      |
|   | Medio | 96         | 60,0       |      |
|   | Alto  | 5          | 3,1        |      |
| MALTRATO DEL PADRE A LA MADRE                   | Si    | 23         | 14,4       |      |
|   | No    | 137        | 85,6       |      |
| FAMILIARES EN PRISION (En el pasado o presente) | SI    | 50         | 31,3       |      |
|   | No    | 110        | 68,8       |      |
|   |       | MEDIA      | Desv. típ. |      |
| NUMERO DE HIJOS                                 |       | 1,40       | 1,314      |      |
| PAREJA ESTABLE                                  |       | Frecuencia | %          |      |
|   |       | Si         | 79         | 49,4 |
|   |       | No         | 81         | 50,6 |

En el **plano familiar**, algunos datos destacados de esta muestra son los siguientes:

- La mitad de los participantes (50,6%) refiere tener pareja estable en el momento de la investigación y el número medio de hijos por interno ha sido de 1,4. (SD= 1,31)
- El nivel socioeconómico de las familias de origen de estos presos suele ser medio, hasta en un 60% de los casos, aunque un significativo 37% de los participantes indica que procede de una familia con bajo nivel de ingresos. Y únicamente el 3% que reconoce provenir de una familia con un poder adquisitivo alto.
- También en el ámbito de la familia de origen, señalar que un 14,4% de los internos participantes reconoce haber sido testigo de maltrato de su padre hacia su madre, esto es, han sido victimas indirectas de violencia de género.
- Por otro lado, resulta también interesante para conocer mejor la muestra de reclusos de esta investigación el hecho de que hasta el 30% de ellos refiera tener o haber tenido algún familiar en prisión.

A continuación se incluyen ahora los datos relacionados con el consumo de drogas de los reclusos de esta investigación, a partir de la información que ellos mismos han facilitado a

través del Cuestionario de Información General y complementada, en algunos casos, a partir de conversaciones con los internos.

**Tabla 5.4. Consumo de drogas en la muestra**

|  |  | Frecuencia | %     | % acum.    |
|--|--|------------|-------|------------|
| CONSUMO DE DROGAS                      | Nunca  | 37         | 23,1  | 23,1       |
|  | Esporádico                                       | 49         | 30,6  | 53,8       |
|  | Habitual   | 74         | 46,3  | 100,0      |
|  |  |            | MEDIA | Desv. típ. |
| EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS |  |            | 13,59 | 8,82       |
|  |  |            | MEDIA | Desv. típ. |
| TIEMPO SIN CONSUMIR NINGUNA DROGA      |  |            | 16,13 | 35,37      |
| EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS |  | Frecuencia | %     | % acum.    |
|  | Nunca  | 37         | 23,1  | --         |
|  | Antes de los 14 años                             | 18         | 11,3  | 11,3       |
|  | Entre los 14 y los 17 años                       | 58         | 36,3  | 47,6       |
|  | Entre los 18 y 25 años                           | 35         | 21,9  | 69,5       |
|  | Después de los 25 años                           | 12         | 7,5   | 76,0       |
| SUSTANCIA PRINCIPAL CONSUMIDA          |  | Frecuencia | %     | % acum.    |
|  | Ninguna  | 37         | 23,1  | 23,1       |
|  | Hachís   | 8          | 5     | 28,1       |
|  | Alcohol / Alcohol y hachís                       | 23         | 14,4  | 42,5       |
|  | Cocaína / Cocaína y alcohol                      | 49         | 30,6  | 73,1       |
|  | Cocaína y pastillas (con o sin alcohol)          | 11         | 6,9   | 80,0       |
|  | Heroína / heroína y cocaína                      | 11         | 6,9   | 86,9       |
|  | Heroína, cocaína y pastillas (con o sin alcohol) | 21         | 13,1  | 100        |

Como vemos, en relación con el **consumo de drogas** de la población reclusa de esta investigación, algunos datos destacados son los siguientes:

- Casi el 50% de la muestra (46,3%) reconocen haber sido consumidores habituales de sustancias psicoactivas en el momento de su entrada actual en prisión, y únicamente el 23% señalan no consumir ningún tipo de droga o alcohol con patrones de abuso, reconociendo el resto (30,6%) un consumo esporádico. Encontramos por tanto un 77% de la muestra que han tenido (o tienen) problemas con las drogas o el alcohol de forma esporádica o habitual.
- La edad media de inicio en el consumo de drogas está en los 13,59 años (SD= 8,82).

- Por sustancias psicoactivas, las más consumidas en este grupo son la cocaína, hachís y alcohol (30,6% de los internos), a estas sustancias un 6,9% le añade el consumo de estupefacientes. El 14,4% refiere consumir sólo alcohol y hachís. Y por otro lado, el 20% se reconoce consumidores de heroína, de los cuales casi un 7% consume principalmente cocaína y heroína, y hasta el 13,1% de los internos refieren consumir cualquier tipo de sustancia psicoactiva.
- Por su parte, la media de meses que los internos consumidores refieren llevar sin consumir ningún tipo de droga es de 16,13 meses. (SD= 35,37).

Continuando ahora con los **trastornos de personalidad**, aquellos más comunes entre la población penitenciaria son los trastornos límite y antisocial de la personalidad. La frecuencia y porcentaje de internos susceptibles de padecer este tipo de trastornos se ha evaluado en esta muestra a partir del Inventario IPDE de Personalidad, cuyos criterio indica que a partir de 4 ítems positivos en esta escala hay una alta probabilidad de padecer el trastorno. Teniendo en cuenta los criterios del IPDE un 12% de los internos cumplen los criterios para padecer el trastorno límite de personalidad, y hasta un 26,3% son susceptibles de ser diagnosticados con trastorno antisocial.

**Tabla 5.5. Trastornos de personalidad en la muestra**

| TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD     |            |      |         |
|--------------------------------------|------------|------|---------|
| Riesgo de padecer el trastorno       | Frecuencia | %    | % acum. |
| Si                                   | 19         | 11,9 | 11,9    |
| No                                   | 141        | 88,1 | 100     |
| TRASTORNO ANTISOCIAL DE PERSONALIDAD |            |      |         |
| Riesgo de padecer el trastorno       | Frecuencia | %    | % acum. |
| Si                                   | 42         | 26,3 | 26,3    |
| No                                   | 118        | 73,8 | 100     |

También resulta interesante comentar brevemente las **características penales y penitenciarias** observadas en el grupo de reclusos participantes, a partir del Cuestionario de Información General.

**Tabla 5.6. Datos penales de la muestra**

|                                     |                                 | Frecuencia | %     | % acum.   |
|-------------------------------------|---------------------------------|------------|-------|-----------|
| ANTECEDENTES PENALES                | Si                              | 90         | 56,3  | 56,3      |
|                                     | No                              | 70         | 43,7  | 100       |
| SITUACION PENAL                     | Preventivo                      | 9          | 5,6   | 5,6       |
|                                     | Penado                          | 151        | 94,4  | 100       |
| INGRESOS PREVIOS EN PRISION         | Si                              | 69         | 43,1  | 43,1      |
|                                     | No                              | 91         | 56,9  | 100       |
| INGRESO EN CENTRO DE MENORES        | Si                              | 14         | 8,8   | 8,8       |
|                                     | No                              | 146        | 91,3  | 100       |
| Contra la Salud Pública             |                                 | 38         | 23,8  | 83,1      |
| Agresión Sexual                     |                                 | 10         | 6,3   | 89,4      |
| Homicidio o intento de homicidio    |                                 | 17         | 10,6  | 100,0     |
|                                     |                                 | Frecuencia | %     | % acum.   |
| TIPOLOGIA DELICTIVA                 | Contra la Seguridad del Tráfico | 5          | 3,1   | 3,1       |
|                                     | Atentado a la autoridad         | 5          | 3,1   | 6,3       |
|                                     | Robo con fuerza o violencia     | 34         | 21,3  | 27,5      |
|                                     | Violencia de Género             | 30         | 18,8  | 46,3      |
|                                     | Lesiones                        | 13         | 8,1   | 54,4      |
|                                     | Estafa o falsificación          | 8          | 5,0   | 59,4      |
|                                     |                                 |            | MEDIA | Dev. típ. |
| DURACION DE LA CONDENA              |                                 |            | 86,78 | 123,78    |
| GRUPOS SEGÚN DURACION DE LA CONDENA |                                 | Frecuencia | %     | % acum.   |
| < 24 meses                          |                                 | 32         | 20,0  | 20,0      |
| 24 – 60 meses                       |                                 | 59         | 36,9  | 56,9      |
| 61 – 108 meses                      |                                 | 39         | 24,4  | 81,3      |
| > 108 meses                         |                                 | 30         | 18,8  | 100,0     |
| Total                               |                                 | 160        | 100,0 |           |

Como vemos en la tabla 5.6 sobre las **características penales** de los participantes:

- Hasta el 56,3% de los internos cuentan con antecedentes penales, si bien es el 43,1% de la muestra el que ha estado previamente en prisión, por lo que el 13% restante vio

suspendida su primera condena, supeditada a que no volviera a cometer delito, lo cual no ha sucedido. La primariedad delictiva se da, por tanto, en el 43,7% de la muestra.

- El porcentaje de internos para los cuales ésta es la primera vez que ingresan en prisión es del 56,9% (n:91), frente a un 43,1% (n: 69) de presos que ya han estado en prisión al menos en una ocasión anterior.
- Un 8,8% de los reclusos han estado previamente en Centros de Menores, por lo que tuvieron contacto con una institución cerrada antes de los 18 años.
- El 94,4% son presos ya penados, y únicamente el 5,6% son presos preventivos pendientes de juicio.
- En lo que se refiere a la tipología delictiva, los delitos más frecuentes entre estos reclusos son el tráfico de drogas (23,8%), los robos (21,3%) y los delitos de violencia de género (18,8%). En la tabla aparecen ordenados según la gravedad penal de los mismos, en función de la pena de prisión vinculada a cada uno y de la alarma social que provocan. Vemos que el delito más frecuente entre los internos de esta muestra es el de “tráfico de drogas” (contra la salud pública) con un 23,8% (n:38) de internos con esa tipología delictiva, seguidos del delito de “robo con fuerza, violencia o intimidación” (21,3%; n:34), y de los delitos relacionados con la “Violencia de Género”, esto es, amenazas, insultos o lesiones a la pareja o expareja y quebrantamiento de orden de alejamiento, con 18,8% (n:30) de los internos de este estudio condenados por este tipo de delito. A estos tres tipos les siguen los “asesinatos, homicidios o intentos de homicidio” (10,6%), las “lesiones” (8,1%) y las agresiones sexuales (6,3%). Por su parte, los delitos menos comunes son los relacionados con el “atentado a la autoridad” y “contra la seguridad del tráfico” (en ambos casos 3,1%, n:5).
- Por último, referir que la duración media en meses de las condenas que cumplen los penados de la muestra es de 86,78 meses, lo que equivale a una media de 7,2 años por interno, condena que resulta muy larga y cuya cifra posiblemente esté sesgada por los internos que cumplen condenas de numerosos años de prisión, lo que se confirma con la desviación típica tan alta.. La condena más larga entre estos reclusos

es de 69 años. Para comprender mejor estos datos se ha incluido una tabla complementaria en la que podemos observar las frecuencias de condenas según su duración, y como vemos, un 20% de los internos (n:32) cumplen condenas de menos de dos años; el 36,9% tienen condenas de hasta 5 años, por lo que algo más de la mitad de la muestra (56,9%) está condenada a menos de 5 años de prisión. Del porcentaje restante, un 24,4% (n:39) cumple condenas entre los 5 y los 9 años y un porcentaje menor pero que no deja de ser significativo, un 18,8%, está cumpliendo condenas de más de 9 años.

Se incluye a continuación una tabla con otros **datos penitenciarios** destacados entre estos internos, también facilitados a partir del Cuestionario de Información General:

**Tabla 5.7. Datos penitenciarios de la muestra**

|   |                                 |            | MEDIA | Desv. típ. |
|---|---------------------------------|------------|-------|------------|
| TIEMPO CONTINUADO EN PRISIÓN (en meses)   |                                 |            | 34,17 | 47,73      |
|   |                                 | Frecuencia | %     | % acum.    |
| TIEMPO CONT. EN                           | <12 meses                       | 69         | 43,1  | 43,1       |
| PRISION (grupos)                          | 13-36 meses                     | 53         | 33,1  | 33,1       |
|   | 37-60 meses                     | 17         | 10,6  | 10,6       |
|   | 61-108 meses                    | 7          | 4,4   | 4,4        |
|   |                                 |            |       |            |
| SANCIONES                                 | No ha tenido nunca              | 89         | 55,6  | 55,6       |
|   | Si ha tenido                    | 71         | 44,4  | 100        |
| DISFRUTE DE PERMISOS DE SALIDA ORDINARIOS | Si                              | 43         | 26,9  | 26,9       |
|   | No                              | 117        | 73,1  | 100        |
| COMUNICA (recibe visitas)                 | Si                              | 97         | 60,6  | 60,6       |
|   | No                              | 63         | 39,4  | 100        |
| DISPONE DE PECULIO                        | Si                              | 147        | 91,9  | 91,9       |
|   | No                              | 13         | 8,1   | 100        |
| MODULO EN QUE SE ENCUENTRA                | Módulo de ingresos              | 4          | 2,5   | 2,5        |
|   | Módulo de Respeto               | 96         | 60,0  | 62,5       |
|   | Módulo de internos con destino  | 7          | 4,4   | 66,9       |
|   | Módulo de Proyecto Hombre       | 17         | 10,6  | 77,5       |
|   | Módulo de internos conflictivos | 21         | 13,1  | 90,6       |
|   | Módulo de internos peligrosos   | 15         | 9,4   | 100        |

Siguiendo la tabla de más arriba, en relación con las **características penitenciarias** de los participantes, podemos ver los siguientes datos destacados:

- La media de tiempo continuado en prisión para esta muestra ha sido de 34,17 meses, es decir, casi 3 años (SD=47,73).
- Un 55,6% de la muestra no ha tenido nunca sanciones a lo largo de su estancia en prisión, frente a un 44,4% que sí que ha cometido alguna conducta susceptible de ser sancionada durante su encarcelamiento.
- Únicamente un 27% de los internos de esta muestra disfruta de permisos de salida de forma ordinaria; la gran mayoría, el 73% restante, no cumple las características o no muestra la actitud necesarias para poder disfrutar de este tipo de salidas.
- Por su parte, la gran mayoría de los internos, el 60,6% comunica, es decir, recibe la visita de familiares o amigos de forma regular.
- Hasta el 92% dispone de dinero para sus gastos diarios en prisión, lo que llamamos peculio, bien sea porque trabajan dentro de prisión, o porque bien porque su familia les transfiere dinero.

Por último en relación a los datos penitenciarios, comentar la distribución de la muestra, por **módulos**, lo cual también ayuda a conocer el perfil de internos que han participado en esta investigación:

1. El 9,4% de la muestra se encuentran en el módulo 1, considerado el módulo con internos de mayor entidad o peligrosidad dentro de esta prisión, bien por su conducta, bien por su relación con el tráfico de drogas y la extorsión dentro de prisión. La mayoría de los internos cuentan o han contado con varias sanciones graves o muy graves a lo largo de su trayectoria penitenciaria.
2. El 13,9% de los participantes pertenecen al módulo 3, considerado el módulo para penados reincidentes, con drogodependencia no superada, no proclives a participar en actividades tratamentales, o con mala conducta. Es común entre estos internos el haber tenido o tener sanciones.



3. Un 60% de la muestra se encuentra en el módulo 2, denominado Módulo de Respeto, con unas normas y funcionamiento dirigidos a la autogestión del módulo y a potenciar la mejor convivencia, el respeto, la limpieza y la realización de actividades. No suele haber sanciones entre estos internos, aunque sí que pueden haberlas tenido previamente a su traslado a este módulo.

4. Un 4,4% de los internos pertenecen al módulo 4 o de destinos, donde se ubican los internos que realizan algún tipo de trabajo remunerado dentro de prisión (p.e. labores de cocina, mantenimiento, economato o taller de lámparas), además de los internos primarios y preventivos. Son internos con buena conducta normalmente.

5. El 10,6% de la muestra se encuentra en el módulo 5, llamado módulo terapéutico, donde la asociación Proyecto Hombre dirige una terapia integral de deshabitación de drogas. Los participantes son todos consumidores habituales de droga, y normalmente ha tenido sanciones en alguna ocasión.

6. Por último, un 2,5% de los participantes corresponde al módulo 8 o módulo de ingresos, es decir, el módulo donde se recibe a la persona al entrar en prisión y en el que pasa como máximo 5 noches. Hay internos denominados “de apoyo” que ayudan a los internos recién ingresados en los primeros días de encarcelamiento y vigilan que no haya riesgo de suicidio o síndrome de deshabitación. En total han participado 7 internos en este estudio, y ninguno ha tenido sanciones durante su estancia en prisión.

Para finalizar, se incluye una última tabla que refleja características en relación con el **estado de salud general** de los reclusos de esta investigación, que también hemos considerado interesantes. Los baremos que aparecen en la tabla se basan en los criterios de respuesta que se ofrecían a los internos para estas preguntas en el mismo Cuestionario de Información General.

**Tabla 5.8.. Datos relacionados con el estado de salud de la muestra**

|                        |         |            | MEDIA | Desv. típ. |
|------------------------|---------|------------|-------|------------|
| HORAS DE SUEÑO DIARIAS |         |            | 7,61  | 1,54       |
|                        |         | Frecuencia | %     | % acum.    |
| INGESTA DE MEDICACION  | Si      | 92         | 57,5  | 57,5       |
|                        | No      | 68         | 42,5  | 100        |
| ESTADO DE SALUD FÍSICA | Malo    | 3          | 1,9   | 1,9        |
|                        | Regular | 14         | 8,8   | 10,7       |
|                        | Bueno   | 143        | 89,4  | 100        |
| ESTADO DE ANIMO        | Bajo    | 31         | 19,4  | 19,4       |
|                        | Regular | 35         | 21,9  | 41,3       |
|                        | Bueno   | 94         | 58,7  | 100        |

Como vemos en la tabla 5.7., llaman la atención en relación con el **estado de salud de los internos** los siguientes datos:

- La media de horas de sueño diaria está en 7,6 horas con un 52,5% de internos que duermen entre 7 y 8 horas, un 26,9% que duerme más de 9 horas y un 20,1% que duerme 6 horas o menos.
- En relación con la toma de medicamentos, más de la mitad de los internos, un 57,5%, reconoce ingerir algún tipo de pastilla de forma habitual.
- Por su parte, casi el 90% refiere encontrarse en buena forma física; sin embargo, en relación con su estado de ánimo, el porcentaje disminuye al 58,7% que definen su estado de ánimo como bueno, frente a un 21,9% que consideran es regular, y un 19,4% que señalan estar bajos de ánimo.

## 6. INSTRUMENTOS DE EVALUACION

La recogida de información para el presente estudio se ha realizado a través de la administración de un cuestionario integrado por varios instrumentos dirigidos a la evaluación de cada una de las variables implicadas en el estudio (véase tabla 6.1). Junto a ellos se ha incluido un cuestionario de información general con el fin de recopilar los datos relativos a aspectos sociodemográficos, penales, penitenciarios, consumo de droga y estado de salud general. A continuación se exponen en detalle las características de cada uno de los instrumentos utilizados en esta tesis, así como los datos en relación con sus propiedades psicométricas.

**Tabla 6.1. Instrumentos de evaluación**

| <i>Variable</i>             | <i>Instrumento</i>  | <i>Autor</i>   | <i>Ítems</i>  |
|-----------------------------|---|--|---|
| Bienestar psicológico       | Escala multidimensional de bienestar psicológico. (The Ryff Scales of Psychological Well-Being, RPWB) | Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995, 2002. Versión corta adaptada al castellano de Díaz y cols. 2006. | 29 ítems<br>Escala de 1 a 6   |
| <b>Antecedentes</b>         |   |  |   |
| <i>Estresores</i>           |   |  |   |
| Variables penitenciarias    | Cuestionario a medida de información penitenciaria  | Ad hoc para este estudio   |   |
| Acontecimientos estresantes | Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes   | Holmes y Rahe, 1967<br>Adaptación ad hoc para este estudio                                       | 33 ítems<br>- 22 ítems de escala original<br>- 11 ítems del medio penitenciario<br>Respuestas SI/NO |
| Molestias en prisión        | Cuestionario de Molestias en Prisión  | Ad hoc para este estudio   | 12 ítems<br>Escala 1 a 5  |
| Nivel de Estrés Percibido   | Escala de Estrés Percibido, versión reducida.   | Cohen y cols., 1983.<br>Versión reducida adaptada al español por Remor y Carroles (2001).        | 10 ítems<br>Escala de 1 a 5   |
| <b>Recursos</b>             |   |  |   |
| <i>Externos</i>             |   |  |   |
| Apoyo Social                | Cuestionario de Apoyo Social Objetivo   | Departamento de Salud mental de California,. Adaptada  | 5 ítems<br>Escala de 1 a 4  |

|  |  |   |                             |
|--|--|---|-----------------------------|
|  | Cuestionario de Apoyo Social Subjetivo | por Basabe, (2003)<br>Vaux y cols, 1986.<br>Adaptada por Basabe, (2003) | 10 ítems<br>Escala de 1 a 4 |
|--|--|---|-----------------------------|

**Tabla 6.1. Instrumentos de evaluación (continuación)**

| <i>Variable</i>  | <i>Instrumento</i>  | <i>Autor</i>  | <i>Ítems</i>                |
|--|---|---|-----------------------------|
| <b>Personales</b>                                      |   |   |                             |
| Recursos Psicológicos                                  | Adaptación de la Escala IRP-77                                  | Martínez, 2007  | 42 ítems<br>Escala de 0 a 3 |
| Estrategias de Afrontamiento                           | Versión reducida de la Escala de Estilos de Afrontamiento (WAC) | Lazarus y Folkman, 1984.<br>Adaptación de Rodríguez y cols. (2002)      | 50 ítems<br>Escala de 0 a 3 |
| Creencias sobre el Mundo                               | Escala de Creencias sobre el Mundo (WAS)                        | Janoff-Bulman, 1989   | 32 ítems<br>Escala de 1 a 6 |
| <b>Consecuencias</b>                                   |   |   |                             |
| <b>Sobre la salud mental</b>                           |   |   |                             |
| Desgaste psicológico<br>Sintomatología psicopatológica | Inventario Breve de Síntomas (BSI)                              | Derogatis, 1975<br>Derogatis y Spencer, 1982                            | 53 ítems<br>Escala de 0 a 4 |
| <b>Sobre las conductas desadaptadas</b>                |   |   |                             |
| Quejas de salud subjetiva                              | Inventario de Quejas de Salud Subjetiva                         | Eriksen, Ihdeback y Ursin, 1999<br>Adaptación de Remor y Amorós, 2006   | 29 ítems<br>Escala de 0 a 3 |
| Nivel de agresividad                                   | Cuestionario de Agresividad, versión reducida                   | Buss y Perry, 1992<br>Versión reducida de Virgil-Colet y cols, (prensa) | 20 ítems<br>Escala de 1 a 5 |
| Riesgo de Suicidio                                     | Escala de Riesgo de Suicidio                                    | Plutchik, 1989<br>Adaptación de Rubio y cols, 1998                      | 15 ítems<br>Escala SI/NO    |
| <b>Otras variables</b>                                 |   |   |                             |
| Sociodemográficas                                      | Cuestionario de Información General                             | Ad hoc para este estudio  |                             |
| Trastornos de personalidad límite y antisocial         | Adaptación del Cuestionario IPDE                                |   | 16 ítems<br>Escala SI/NO    |
| <b>Evaluación cualitativa</b>                          |   |   |                             |
| Experiencia subjetiva de bienestar en prisión          | Cuestionario de Frases incompletas                              | Ad hoc para este estudio  | 21 frases a completar       |

## 6.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACION CUANTITATIVOS

### a) Versión reducida de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989)

Para medir el bienestar psicológico se ha usado la Escala de Bienestar Psicológico desarrollada por Carol Ryff en 1989 (1989b) a partir de su Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico. Este instrumento evalúa un total de seis subescalas o dimensiones, que son las siguientes:

- **Autoaceptación:** actitud positiva o apreciación positiva de uno mismo, el sentirse bien consigo mismo, siendo consciente de sus propias limitaciones.
- **Relaciones positivas con los otros:** Capacidad para tener relaciones estables socialmente significativas, vínculos psicosociales, confianza en las amistades y mostrar capacidad de amar.
- **Dominio del entorno:** capacidad de manejar de forma efectiva el medio y la propia vida; habilidad personal para elegir o crear entornos favorables y satisfacer los propios deseos y necesidades, de manera proactiva.
- **Autonomía:** sentido de autodeterminación que le permite a una persona resistir la presión social y auto-regular su propio comportamiento, sostener la propia individualidad en diferentes contextos sociales, asentarse en sus propias convicciones, y mantener su independencia y autoridad personal.
- **Crecimiento personal:** capacidad para conocer nuestro propio potencial y saber cómo desarrollar nuevos recursos y fuerzas. Sentimiento de constante desarrollo.
- **Propósito en la vida:** objetivos claros y metas realistas que doten de significado a las experiencias ya vividas y por vivir de la persona.

La longitud de la Escala de Bienestar Psicológico original es de 120 ítems. En 1994 Ryff, Lee, Essex y Schumutte desarrollaron una versión de 14 ítems por escala, seleccionados en función de las correlaciones más altas ítem-total y de su ajuste al modelo teórico propuesto, con correlaciones con la escala de 20 ítems entre 0,97 y 0,98. Posteriormente, Ryff y Keyes (1995) desarrollaron una versión de 3 ítems por escala, haciendo una selección entre aquéllos que mejor ajustaban con el modelo teórico. La correlación de estas escalas con la original tuvo valores comprendidos entre 0,70 y 0,89. En 2002, Ryff y Keyes elaboraron una versión de 9 ítems por escala. Y en 2004 van Dierendonck propone una escala de 39 ítems (entre 6 y 8 ítems por escala), con el fin de mejorar la consistencia interna de las anteriores escalas manteniendo un ajuste relativamente aceptable de los datos al modelo teórico de seis dimensiones.

En esta investigación hemos empleado la escala reducida y adaptada al castellano por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y van Dierendonck (2006) a partir de la versión de 39 ítems propuesta por Van Dierendonck en 2004. El cuestionario que hemos empleado cuenta con un total de 29 ítems y un formato de respuesta tipo Likert de seis puntos, que van de 1 -totalmente en desacuerdo- a 6 -totalmente de acuerdo-.

La consistencia interna de la versión reducida española de las Escalas de Bienestar Psicológico es buena, con valores comprendidos entre 0,71 y 0,84, similares a las versiones en inglés y español de la Escala de Bienestar Psicológico de 39 ítems de Van Dierendonck, mejorando incluso valores como la subescala de Crecimiento Personal cuya consistencia era solo aceptable (Alpha= 0,68) en la versión española de 39 ítems.

En esta investigación, los coeficientes de fiabilidad han sido también buenos, oscilando entre ,604 y ,880, con la salvedad de la dimensión *Dominio del entorno* que muestra una consistencia interna por debajo de lo esperado (,435).

**Tabla 6.1. Alpha de Cronbach de la Escala de Bienestar Psicológico versión de 29 ítems.**

|                         | $\alpha$<br>(2006) | $\alpha$<br>(estudio actual) |
|-------------------------|--------------------|------------------------------|
| 1. Autoaceptación       | 0,83               | ,767                         |
| 2. Relaciones positivas | 0,81               | ,604                         |
| 3. Autonomía            | 0,73               | ,628                         |
| 4. Propósito en la vida | 0,71               | ,802                         |

|                                 |      |      |
|---------------------------------|------|------|
| 5. Dominio del entorno          | 0,83 | ,435 |
| 6. Crecimiento personal         | 0,68 | ,607 |
| 7. Bienestar Psicológico Global | ---  | ,880 |

**b) Adaptación de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (Holmes y Rahe, 1967).**

Para el estudio de los eventos vitales en esta investigación se ha realizado una adaptación de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe (1967).

La Escala original se desarrolló por estos psiquiatras a partir de los registros médicos de más de 5.000 pacientes como una forma de determinar si los eventos estresantes pueden provocar enfermedades. Para estos autores el estrés significaba una adaptación al cambio, y estos eventos o cambios podían ser positivos o negativos para la vida. A los pacientes se les pidió que rellenasen una lista de 43 acontecimientos estresantes en la vida sobre la base de una puntuación relativa. Se encontró una correlación positiva de 0,118 entre los eventos de sus vidas y sus enfermedades. El nombre final de la escala fue Escala de Reajuste Social (SRR) también conocida como Escala de Estrés de Holmes y Rahe. En ella los autores recogieron 43 acontecimientos vitales estresantes en la vida de las personas, es lo que llaman “eventos vitales” porque pueden afectar de forma importante al bienestar del individuo, y les otorgaron una puntuación de 0 al 100. Los sucesos vitales recogidos en este instrumento agrupan situaciones tanto positivas (como por ejemplo enamorarse o casarse o nacimiento de un hijo), como negativas (por ejemplo, la muerte de un familiar, enfermedad grave, separación o divorcio). Cabe decir que con la excepción de la muerte y enfermedad grave y las rupturas de pareja íntimas, cuyo impacto sobre el bienestar suele durar dos años, los otros hechos negativos tienen un impacto más limitado (tres-seis meses).

Para la realización de la presente investigación se han seleccionado un total de 23 ítems de la escala original, los más significativos y viables de suceder en el último año a la muestra estudiada. Además, se han añadido a la escala 11 ítems relacionados con eventos estresantes propios del contexto penitenciario (p.e. cambio de centro penitenciario), su selección se ha realizado a partir de la literatura científica consultada y de la propia experiencia profesional en el medio penitenciario.

El instrumento final cuenta con un total de 33 ítems, y se podrían distinguir dos subescalas que hacen referencia a dos tipos de acontecimientos, externos a prisión y propios del medio penitenciario. Las normas de aplicación indican a la persona que debe señalar para cada suceso “no” si no le ha sucedido en el último año; o “sí” en caso de que le haya ocurrido a lo largo de ese periodo.

De los 33 ítems que conforman la escala, 5 de ellos son considerados como situaciones positivas en la escala original de Holmes y Rahe, y serían: “matrimonio”, “inicio de una relación”, “embarazo de la pareja”, “incorporación de un nuevo miembro a la familia”, y “reconciliación”. No obstante, en la corrección de la prueba, se ha dado el mismo peso y valor a estos acontecimientos, considerando que dentro de prisión también pueden tener una carga negativa o de estrés para el individuo por vivirlos desde la falta de libertad.

En la escala original, cada uno de los ítems tiene un valor específico de 0 a 100, y el nivel total de estrés se calcula con la suma total del valor asignado a los ítems con una vivencia negativa, de forma que a medida que aumenta la puntuación se incrementaría el nivel de estrés. Si la puntuación supera los 300, existe un riesgo muy elevado por parte del individuo de padecer problemas de salud mental relacionados con el estrés (trastorno de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno adaptativo...). En la escala original, además, puntuaciones inferiores a tres en hechos negativos y superiores a uno en la escala de hechos positivos extremos refuerzan a medio plazo el bienestar. A pesar de que Holmes y Rahe y otros autores, consideran los valores de la escala de sucesos vitales como invariantes transculturalmente, otros trabajos han mostrado como las puntuaciones establecidas por Holmes y Rahe para la población norteamericana pueden no ser válidas en una cultura diferente, y critican además que no tiene en cuenta las vivencias personales, ya que no a todo el mundo le estresan las cosas de igual forma. Teniendo en cuenta esta observación, consideramos además que las peculiaridades del contexto penitenciario no hacen extrapolables las puntuaciones asignadas para población general a la población penitenciaria. Por otro lado, la escala original no se ha validado para población penitenciaria, por lo que no se cuentan con puntuaciones de 0 a 100 específicas para esta población.



En esta investigación, considerando lo anterior, y el hecho de que, además, hemos adaptado la escala para su utilización en esta investigación, la forma de corrección elegida ha consistido en dar el mismo valor a todos los acontecimientos evaluados (0=No; 1=Si) y hacer una suma de los ítems valorados con 1 o “si”. El resultado final se ha obtenido de la suma de vivencias negativas que ha tenido el recluso a lo largo del último año.

En el análisis de resultados se incluyen el estudio de fiabilidad y análisis factorial del cuestionario adaptado.

### c) **Cuestionario de Molestias en Prisión**

Con el fin de evaluar las demandas diarias que más afectan a las personas durante su estancia en prisión, se ha elaborado un cuestionario específico para esta investigación con el fin de valorar aquellos eventos diarios que pueden generar malestar en el día a día de los internos participante en esta investigación, ya que no existe en la literatura científica una prueba adecuada para evaluar el tipo de molestias propias del medio penitenciario durante la estancia en prisión.

Para su diseño, se ha tenido en cuenta la estructura que suelen tener las escalas que evalúan las molestias o “hassles” en población general, y se han consultado instrumentos como el Cuestionario de Estrés Diario (CED) de Santed, Chorot y Sandín (1991), la “Hassles and Uplifts Scale” de DeLongis, (DeLongis 1985, DeLongis y cols, 1988), o las escalas de Kanner et al. (1981). Y para su elaboración se ha partido de un *estudio piloto* previo: En un primer momento se ha solicitado a 3 grupos de internos, en total 45 presos de 3 módulos diferentes del Centro Penitenciario de Herrera de la Mancha que elaboraran un listado individual de aquellas cosas de la cárcel que más les irritaban o molestaban. Seguidamente en cada uno de los módulos en grupos de 3 a 4 personas han puesto en común sus listas, y han elaborado una única lista por grupo. A continuación, los grupos compartieron con los otros grupos sus listados de molestias y se realizó un debate sobre cada una de las molestias enunciadas y el porqué les causaba irritación, obteniendo una lista consensuada para todo el grupo. Se repitió el procedimiento con cada uno de los tres módulos, y se obtuvo un listado definitivo a partir de las molestias enumeradas más frecuentemente en los tres grupos.

El instrumento de evaluación final consta de 12 ítems a modo de listado de una serie de circunstancias susceptibles de generar malestar en los internos. La forma de valoración se realiza a través de una escala de tipo Likert de 5 puntos, siendo el 1 equivalente a “nada” y 5 equivalente a “mucho”, como respuesta al enunciado “Indica, por favor, hasta qué punto te causa molestia o malestar las siguientes circunstancias”. El resultado final se obtiene de la suma aritmética de las valoraciones dadas a cada uno de los ítems, entendiendo que a más puntuación, mayor nivel de malestar a partir de molestias diarias o demandas rutinarias que vivencia el interno durante su estancia en prisión. Para el análisis estadístico se han utilizado las medias ponderadas de los resultados obtenidos.

Los análisis de fiabilidad, estructura factorial y análisis de correlaciones de este cuestionario se incluyen en el apartado sobre los resultados cuantitativos.

**d) Versión reducida de la Escala de Estrés Percibido de Cohen y colaboradores (1983).**

La Escala de Estrés Percibido es un instrumento de autoinforme que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas.

La escala original fue desarrollada por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983, e interroga sobre el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar. Consta de 14 ítems, formulados unos a favor del control de las situaciones amenazantes y otros a favor de la pérdida de control y sus consecuencias. Se pide a la persona que valore cada uno de los ítems de acuerdo a cómo se ha sentido en el último mes. Tiene un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, siete de sus ítems son inversos y la puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems, indicando esta puntuación directa que a una mayor puntuación le corresponde un mayor nivel de estrés. La escala proporciona por tanto una medida global de estrés percibido en el último mes. Existen dos versiones cortas de esta escala, la PSS-10 y la PSS-4.

En nuestra investigación, se ha optado por la versión reducida de 10 ítems, propuesta por Remor y Carrobles (2001). De la escala completa se han extraído los ítems que componen

la versión de 10 ítems (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 14), y se ha tenido en cuenta que los ítems 6, 7, 8 y 9 tienen valores inversos. A través de estos ítems se intenta establecer el grado en que, durante el último mes, la persona se ha sentido molesta o preocupada por algo o, por el contrario, han percibido que las cosas les iban bien, o se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales. La puntuación global de la escala va de 0 a 50. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Para el análisis estadístico de los resultados en este estudio se han utilizado las medias ponderadas de los resultados así obtenidos.

En su versión española, la Escala de Estrés Percibido o EPP (Remor y Carrobbles, 2001) se ha utilizado para explorar la relación del estrés con variables como cansancio emocional (González Ramírez y Landero, 2007a), ansiedad y depresión (Arrivillaga y cols., 2006), síntomas psicossomáticos (González Ramírez y Landero, 2008) o burnout (Durán y cols., 2006), encontrando que el apoyo social y la autoestima son predictores del estrés; la edad y el estrés predictores de la salud física; y el estrés, la autoestima y la salud física, predictores de la salud mental (González, Landero y Ruiz Díaz, 2008).

Referir por último que en el presente estudio, la fiabilidad para la Escala de Estrés Percibido ha sido de ,77.

#### **e) Escalas de Apoyo Social**

Para la valoración del apoyo social con el que cuentan los sujetos participantes en este estudio, se han utilizado dos instrumentos de medida:

##### **Escala de Apoyo Social Objetivo adaptada por Basabe (2003)**

Para valorar el nivel de apoyo social objetivo con el que cuentan los internos participantes en esta investigación, se ha utilizado la Escala de Apoyo Social Objetivo adaptada por Basabe (2003) a partir de la escala original del Departamento de Salud Mental de California (en Páez y cols, 1986, pág. 206), que constaba de 6 ítems.

Esta escala busca obtener información acerca de la densidad de redes sociales del sujeto, es

decir, obtiene una dimensión objetiva de la integración social (ayuda obtenida de los otros). Se trata de un cuestionario conformado por 5 ítems con un rango de variación de 1 a 4. La corrección consiste en el sumatorio de los 5 ítems y la interpretación se basa en que una mayor puntuación corresponde con un mayor soporte social objetivo (amplitud e inserción en una red social de contactos). Para el análisis estadístico hemos utilizado la suma ponderada de estos resultados.

El coeficiente alpha obtenido para esta escala en algunos estudios ha sido de .65 (Basabe y Páez, 1992) o de .59 (Páez y cols, 1993). En nuestra investigación, el coeficiente de fiabilidad ha sido más alto, alcanzando el ,702.

#### **Escala de Apoyo Social Subjetivo de Vaux y cols. (1986) adaptada por Basabe (2003)**

La Escala de Apoyo Social Subjetivo empleada en nuestro trabajo es la adaptación realizada por Basabe (2003) de la escala original de Vaux y cols, 1986) que estaba formada por 9 ítems.

Esta escala permite obtener una estimación del soporte o apoyo social subjetivo o percibido por el sujeto. Permite tener tanto un indicador de satisfacción como de insatisfacción. Consta de 10 ítems centrados en las esferas familiar y de amigos, con un rango de variación de 1 a 4 (de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo).

Para la corrección de esta escala, han de invertirse los valores del ítem 10, procediéndose seguidamente a la suma de los valores alcanzados en el total de ítems. Altas puntuaciones corresponderían con un óptimo soporte subjetivo, mientras que bajas puntuaciones indicarían un sentimiento de apoyo deficiente. Para el análisis estadístico hemos utilizado la suma ponderada de estos resultados.

En el estudio de Basabe y cols (1992) el coeficiente alpha de Cronbach obtenido fue de .80 para esta escala y en el de Páez y cols. (1993) de .75. En esta investigación ha sido de ,863.

**f) Adaptación del Inventario de Recursos Psicológicos (IRP-77) de Martínez (2007)**

Para la evaluación de los diferentes recursos psicológicos con los que cuenta la muestra participante en esta investigación se ha realizado una adaptación del “Inventario de Recursos Psicológicos” de Martínez de Serrano (2007), en su versión final de 77 ítems.

El inventario original fue creado con el fin de servir como instrumento de “screening” para la valoración del nivel o de la presencia/ausencia de recursos psicológicos que pueden actuar como amortiguadores frente a las adversidades de la vida de una persona. Se desarrolló esta prueba como alternativa más breve al instrumento “VIA-IS: Values in Action Inventory of Strengths”, creado en 2002 por Seligman y Peterson para evaluar fortalezas y virtudes en los individuos, y que tiene 240 ítems. El IRP-77 incluye 13 dominios presentes en el cuestionario VIAS-IS (Optimismo, Sentido del Humor, Espiritualidad, Perdón, Creatividad, Vitalidad, Justicia, Autocontrol, Inteligencia Emocional, Valor, Amar y dejarse Amar, Mentalidad Abierta, Inteligencia Social) a los que añade el recurso “solución de problemas”. El “Inventario de Recursos Psicológicos” se ha diseñado para población española, por lo que tiene en cuenta sus características socioculturales, y ha incluido los recursos psicológicos que, de acuerdo a la literatura científica consultada por su autora, actúan como factores de protección para la salud, por lo que su empleo en esta investigación nos parece muy acertado.

La construcción del inventario original se ha determinado por un detallado estudio cualitativo que tuvo en cuenta la valoración de 18 expertos sobre los 127 ítems del inventario inicial para asegurar así validez aparente y mejorar la validez de contenido del mismo. A partir de esta evaluación de jueces y del análisis de la calidad de los ítems, se obtuvo una reducción del cuestionario de 94 ítems, como versión preliminar, que se aplicó a un grupo de 705 personas, y tras realizar los correspondientes análisis de fiabilidad y validez, fue reducido a 77 ítems, versión definitiva de la prueba.

Los 77 ítems de la versión original se agrupan en 14 dominios: Optimismo, Sentido del Humor, Espiritualidad, Perdón, Creatividad, Vitalidad, Justicia, Autocontrol, Inteligencia

Emocional, Valor, Solución de Problemas, Amar y dejarse Amar, Mentalidad Abierta, Inteligencia Social. Para la investigación que nos ocupa se han seleccionado ocho dominios o subescalas de las catorce mencionadas, por considerarlas las más relevantes para la investigación propuesta, y serían: *Optimismo, solución de problemas, vitalidad, valor, autocontrol, inteligencia emocional, mente abierta, e inteligencia social*; distribuidas en un total de 42 ítems, que son los que componen el instrumento final que se ha empleado para este estudio. La definición operativa que se ha dado a cada uno de los recursos psicológicos se ha basado en las definiciones utilizadas por Martínez de Serrano (2007) y se han recogido en detalle en el apartado “hipótesis”, con el desarrollo del modelo teórico que ha servido de base a este estudio.

Para aplicar la prueba se pide a la persona que valore hasta qué punto cada una de las afirmaciones refleja lo que ella piensa de cómo se siente o cómo es. Su valoración va de 3 “totalmente de acuerdo” a 0 “totalmente en desacuerdo” según su nivel de acuerdo con la afirmación. (Likert de 4 puntos).

El instrumento original IRP-77, se ha mostrado útil, fiable, estable y válido para evaluar los recursos psicológicos. El análisis de factores obtenido resulta coherente con los conceptos teóricos de la psicología positiva, y muestra que este instrumento parece adecuado para evaluar los recursos necesarios para mantener la salud y bienestar de las personas. La fiabilidad del instrumento (coeficiente alpha de Cronbach para todos los ítems) cuenta con un valor superior a 0,70 en los trabajos originales, y en este estudio podemos observar los resultados en la tabla 6.2., donde vemos cómo la consistencia interna está entre ,570 –inteligencia social- y ,826 –optimismo-, con un nivel de consistencia global para las 14 dimensiones de ,940.

**Tabla 6.2. Alpha de Cronbach de la Escala de Recursos Psicológicos**

|                           | $\alpha$ |
|---------------------------|----------|
| 1. Optimismo              | ,826     |
| 2. Valor                  | ,713     |
| 3. Vitalidad              | ,780     |
| 4. Autocontrol            | ,656     |
| 5. Inteligencia emocional | ,647     |
| 6. Solución de problemas  | ,762     |
| 7. Mentalidad abierta     | ,655     |

|                           |      |
|---------------------------|------|
| 8. Inteligencia social    | ,570 |
| 9. RR. psicológicos total | ,940 |

**g) Versión reducida de la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984)**

El instrumento de medida elegido en esta investigación para evaluar las estrategias de afrontamiento de la población reclusa ha sido la versión reducida de la Escala “Ways of Coping” de Lazarus y Folkman que diseñaron en 1984 y cuya versión reducida estos mismos autores proponen en 1988.

El instrumento evalúa diferentes tipos de repuestas de afrontamiento ante situaciones estresantes, combinando dos dimensiones: el foco del afrontamiento (focalizado en el problema o focalizado en la emoción) y el método del afrontamiento (cognitivo o conductual). Los diferentes modos de afrontamiento o coping que evalúa esta prueba son: *Confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, huida-avoidance, planificación y reevaluación positiva*. La definición de cada uno de estos estilos de afrontamiento se ha incluido en el apartado “hipótesis”, en relación con las variables incluidas en el modelo teórico propuesto.

La escala tiene diferentes versiones, inicialmente se denominaba Ways of Coping Checklist (WCCL, Folkman y Lazarus, 1980) y estaba compuesta por 68 ítems de respuesta dicotómica que se clasificaron en dos categorías: centrados en el problema y centrados en la emoción, y medía seis estilos de enfrentamiento. En 1984 Folkman y Lazarus modificaron esta versión de la escala, eliminando ítems, para lo que atendieron principalmente a la correlación ítem-escala, formularon ítems nuevos y se reelaboraron parte de los existentes. Esta revisión de la escala pasa llamarse Ways of Coping (WCI o WOC) y a tener 67 ítems y un formato de respuesta tipo Likert de 4 alternativas.

El análisis factorial de los modos de afrontamiento en esa escala distingue factores dirigidos a la resolución del problema (desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales como son conseguir varias soluciones, buscar información y realizar un plan de acción y seguirlo) y factores dirigidos a la emoción (que influyen la búsqueda de apoyo social emocional, el distanciamiento, la evitación, la acentuación de los aspectos positivos de la situación y el

autorreproche) (Lazarus & Folkman, 1986). En el estudio de Wineman, Drurand y McCulloch (1994) se encontró que la prueba tenía alta validez de constructo y alta sensibilidad, específicamente en los factores que hacen medición de componentes de enfrentamiento al estrés severo. Jesús Rodríguez y cols. (1992) ha adaptado el cuestionario de Lazarus y Folkman a población española denominándole “Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes”, con un total de 50 ítems.

En cuanto a la forma de aplicación del cuestionario, en un primer momento se pide a la persona que describa un problema o situación difícil al que haya tenido que enfrentarse durante el último mes. Posteriormente se le solicita que evalúe los 50 ítems sobre las diferentes estrategias de afrontamiento que ha empleado en relación con el evento previamente relatado. Cada ítems tiene cuatro opciones de respuesta, en una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0 (“en absoluto”) a 3 (“en gran medida”).

Para su corrección se puede obtener una puntuación total, una puntuación de estrategias centradas en el problema y de estrategias centradas en la emoción y una puntuación para cada una de las 8 diferentes subescalas o modos de afrontamiento (afrontamiento directo, apoyo, negación, escape / evitación, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y autocontrol). En nuestra investigación se ha optado por la obtención de la puntuación global de la prueba y de resultados por cada una de las ocho subescalas.

La confiabilidad del WCI osciló entre 0,61 y 0,79 ( Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 1997). En su versión reducida, la Escala Ways of Coping cuenta con un coeficiente alfa de consistencia que están entre .60 (confrontación) y .75 (planificación) en los estudios originales de Lazarus y Folkman. Según los datos referidos por Jesús Rodríguez y cols. (1992) para población española, la consistencia interna de las escalas aporta unos coeficientes alfa que fluctúan entre .59 y .74 según escalas y género, y en la población concreta de varones, oscila entre .61 y .74. En esta investigación se han obtenido unos coeficientes algo más bajos, comprendidos entre ,52 (distanciamiento) y ,77 (reevaluación positiva) aunque siguen siendo entre moderados y altos.



**Tabla 6.3. Alpha de Cronbach de la Escala de Estrategias de Afrontamiento**

|                               | $\alpha$ |
|-------------------------------|----------|
| 1. Confrontación              | ,543     |
| 2. Distanciamiento            | ,519     |
| 3. Autocontrol                | ,582     |
| 4. Búsqueda apoyo social      | ,707     |
| 5. Aceptación responsabilidad | ,613     |
| 6. Huida-evitación            | ,685     |
| 7. Planificación realista     | ,677     |
| 8. Reevaluación positiva      | ,771     |
| 9. E. Afrontamiento global    | ,904     |

**h) Escala de Creencias sobre el Mundo (ECM) de Janoff-Bulman (1989).**

Con el fin de evaluar las creencias de los internos sobre el mundo en general, el mundo social y la propia persona, se ha empleado la World Assumptions Scale –WAS, escala desarrollada por Janoff-Bulman, en 1989, y revisada en 1992, que consta de 32 ítems y un formato de respuesta de 6 puntos, con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). Esta escala mide las creencias básicas subyacentes a un buen ajuste psicológico, y está a su vez compuesta por ocho subescalas: *Benevolencia del Mundo*, *Auto-confianza*, *Benevolencia de la Gente*, *Justicia*, *Controlabilidad*, *Aleatoriedad*, *Auto-control*, y *Suerte*, que evalúan tres dimensiones centrales de las creencias básicas: la valía persona, el mundo con sentido y la benevolencia. Las definiciones de estas subescalas se han recogido en detalle en el apartado “hipótesis”, con motivo del desarrollo del modelo teórico sobre el que se basa esta investigación.

Los análisis factoriales confirmatorios realizados en diferentes estudios ratifican la estructura de ocho dimensiones propuesta por el autor, con una sola excepción: las escalas de Benevolencia con el Mundo y Benevolencia con la Gente parecen constituir un único factor (Janoff-Bulman, 1989).

Por su parte, la consistencia interna entre las subescalas es relativamente buena, con valores del Alfa de Cronbach comprendidos entre .81 y ,87 (Janoff-Bulman, 1989), y en otros

estudios entre ,63 y ,84. En esta investigación, los valores han sido también buenos, alcanzando el ,83 para la dimensión de suerte o ,75 para el autocontrol, y valores algo más bajos en el caso de la benevolencia del mundo (Alpha = ,323) o la controlabilidad (Alpha = ,529), con una subescala que muestra tener una consistencia interna muy baja, el automerrecimiento (Alpha = ,096) por lo que habrá que ser cuidadosos en la interpretación posterior de los resultados en su relación con el bienestar psicológico.

**Tabla 6.4 Alpha de Crombach para la Escala de Creencias sobre el Mundo**

|                           | $\alpha$ |
|---------------------------|----------|
| 1. Benevolencia mundo     | ,719     |
| 2. Benevolencia personas  | ,323     |
| 3. Justicia               | ,683     |
| 4. Controlabilidad        | ,529     |
| 5. Azar                   | ,757     |
| 6. Automerrecimiento      | ,096     |
| 7. Autocontrol            | ,755     |
| 8. Suerte                 | ,826     |
| 9. Creencias Mundo Global | ,827     |

**i) Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI) de Derogatis (1975, 1982)**

Para la evaluación de la sintomatología psicopatológica de los participantes en este estudio se ha utilizado el Inventario Breve de Síntomas (BSI) elaborado por Derogatis en 1975 y revisado en 1982. Este inventario es la forma abreviada del SCL-90 del que también es autor Derogatis y, del que posteriormente apareció una versión revisada, el SCL-90-R (Derogatis, 1983).

El BSI tiene una buena correlación con el SCL-90, por encima de 0.90 en todas las dimensiones (Derogatis y Cleary, 1983) y además es mucho más ágil en su administración, ya que, a diferencia del SCL-90, que tiene un total de 90 ítems, el BSI se reduce a 53.

Ambos instrumentos están concebidos como herramientas de screening, por lo que si una persona obtiene una puntuación elevada en una o varias de sus subescalas, debe realizársele

una evaluación psicodiagnóstica más exhaustiva.

El BSI, al igual que el SCL-90, incluye las siguientes dimensiones sintomáticas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y, psicoticismo. Estas dimensiones pueden ser definidas como se detalla a continuación (Derogatis y Melisaratos, 1983):

1. **Somatización.** Esta dimensión refleja el malestar psicológico ocasionado por la percepción de problemas corporales; agrupa 7 ítems relativos a problemas cardiovasculares, respiratorios, estomacales, dolores musculares, etc.
2. **Obsesión-compulsión** (6 ítems). Se centra en identificar pensamientos y acciones que el sujeto experimenta como irresistibles, irracionales e involuntarios.
3. **Sensibilidad interpersonal** (4 ítems). Atiende a sentimientos de inferioridad e inadecuación personal como el autodesprecio o el malestar experimentado en situaciones sociales.
4. **Depresión** (6 ítems). Incluye síntomas clínicos característicos del trastorno depresivo: disforia, pérdida de energía y de interés, desesperanza, etc....
5. **Ansiedad** (6 ítems). Recoge signos generales de ansiedad y de ataques de pánico, tales como inquietud, nerviosismo y tensión.
6. **Hostilidad** (5 ítems). Engloba pensamientos, sentimientos y conductas propias de las personas hostiles: irritabilidad, explosiones de genio y pérdida de control.
7. **Ansiedad fóbica** (5 ítems). A diferencia de la dimensión de ansiedad, esta categoría agrupa miedos y síntomas típicos de la agorafobia (miedo a permanecer solo, a viajar, a los espacios abiertos, etc.).
8. **Ideación paranoide** (5 ítems). Esta dimensión asume que los fenómenos paranoides provienen de una «forma de pensar idiosincrásica» que incluye sentimientos de hostilidad, sospecha, proyección y miedo a la pérdida de autonomía.
9. **Psicoticismo** (5 ítems). Se organiza en un continuo de menor a mayor gravedad. Recoge desde síntomas indicativos de un estilo de vida esquizoide hasta los más graves de las psicosis.

Existen cuatro ítems del BSI (falta de apetito, insomnio, pensamientos sobre la muerte y sentimientos de culpa) que no se han podido asignar a ninguna dimensión específica porque tienen pesos factoriales altos en más de una. Estos ítems se incluyen en una categoría

denominada «ítems adicionales» y se han mantenido en el inventario por su marcado interés clínico.

En el BSI la persona valora cada ítem en una escala tipo Likert de 5 puntos, que van desde 0 o “nada” a 4 o “mucho”, expresando así en que intensidad se ha sentido molesto por la descripción del ítem durante el último mes.

Para obtener las puntuaciones medias en cada una de las dimensiones se realiza la media del total de respuestas de los ítems que componen cada dimensión, y las puntuaciones en los índices globales se obtienen a partir de las puntuaciones en todas las dimensiones.

Además de estas nueve dimensiones, la prueba permite tres índices globales que describen la intensidad de la psicopatología del encuestado, y que permiten obtener en una sola puntuación el grado general de malestar psicológico del individuo: índice de severidad global, índice de malestar y, total de síntomas positivos.

- El *índice de severidad global* (GSI) proporciona un indicador sensible de la respuesta del nivel de estrés experimentado por el paciente. concebido como el mejor indicador de los tres. Combina la información del número de síntomas presentes y la intensidad del distrés, y se obtiene dividiendo la puntuación total entre el número de ítems del instrumento. Es este índice el que se ha utilizado en los análisis posteriores de este trabajo para medir el desgaste psicológico global.
- El *índice de malestar* (PSDI) o “Índice de distrés de síntomas positivos” es una medida de la intensidad del nivel de distrés experimentado en función del número de síntomas, informando sobre el estilo de respuesta de distrés. es una medida de intensidad pura, resultante de dividir la puntuación total entre el número de ítems respondidos positivamente (puntuaciones superiores a cero)
- Finalmente, el *indicador total de síntomas positivos* (PST) revela el número de síntomas que el paciente afirma experimentar y, se utiliza conjuntamente con los otros indicadores globales comunicando la amplitud del distrés emocional del individuo.

De acuerdo a Derogatis y Melisaratos (1983), las nueve dimensiones del BSI poseen una fiabilidad test-retest (de 0,68 –somatización- a 0,91 –ansiedad fóbica-) y una consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,71 –psicoticismo- a 0,85 –depresión) muy buenas, así como

una elevada validez convergente y discriminante con las escalas de MMPI (de 0,30 – ansiedad fóbica- a 0,72 –depresión- situándose la mayoría por encima de 0,5) (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). Además, las correlaciones halladas entre las dimensiones del BSI y las del SCL, utilizado como una forma alternativa del primero, son muy elevadas, situándose entre 0,92 (psicoticismo) y 0,99 (hostilidad).

En esta investigación los resultados de consistencia interna obtenidos para este instrumento de evaluación han oscilado entre ,842 –hostilidad- y ,643 -ansiedad fóbica-, que también podemos considerar valores de fiabilidad muy buenos.

**Tabla 6.5. Alpha de Cronbach para el Inventario BSI de Derogatis**

|                                | $\alpha$ |
|--------------------------------|----------|
| 1. Somatización                | ,834     |
| 2. Obsesión-compulsión         | ,833     |
| 3. Sensibilidad interpersonal  | ,694     |
| 4. Depresión                   | ,772     |
| 5. Ansiedad                    | ,770     |
| 6. Hostilidad                  | ,842     |
| 7. Ansiedad fóbica             | ,643     |
| 8. Ideación paranoide          | ,718     |
| 9. Psicoticismo                | ,659     |
| 10. índice de Severidad Gobal. | ,957     |

En lo que se refiere a la estructura factorial de esta escala, los resultados de algunas investigaciones ponen en cuestión la supuesta multidimensionalidad del inventario, planteando que su verdadera utilidad reside en proporcionar una medida general (unidimensional) de psicopatología (Aragón, Bragado y Carrasco, 2000; Boulet y Boss, 1991; Piersma, Boes y Reaume, 1994). El BSI estaría fundamentalmente constituido por una sola dimensión que parece medir malestar psicológico general, diversos trabajos han mostrado que resulta muy difícil decidir en qué factor concreto se deben de incluir los ítems, ya que la mayoría de ellos muestran pesos elevados en más de uno. Esta dificultad no es un problema nuevo, dado que también se ha detectado en la versión revisada del SCL (que da origen al BSI) y en la versiones anteriores (Cyr y Atkinson, 1986), lo que refuerza aún más la posible estructura unidimensional del inventario. Además, las altas correlaciones en

trabajos como el de Aragón, Bragado y Carrasco (2000) -rango: 0,75 a 0,96- y o el de Boulet y Boss, (1991) (rango: 0,55 a 0,80;), entre las dimensiones propuestas por el grupo de Derogatis, indican una falta de independencia de los factores, lo que impediría discriminar entre diferentes grupos de síntomas.

**j) Inventario de Quejas de Salud Subjetiva de Eriksen, Ihdeback y Ursin (1999)**

Con el objetivo de evaluar el estado de salud de la población reclusa participante y el nivel de quejas que los individuos presentan respecto de sus dolencias y estado de salud general, se ha utilizado el Inventario de Quejas de Salud Subjetiva.

La escala original, la "Subjective Health Complaint "(SHC) fue desarrollada por Eriksen, Ihdeback y Ursin en 1999, con el fin de valorar las quejas en relación con la salud de la población. El cuestionario consta de 29 ítems, y pueden distinguirse hasta cinco factores o subescalas: dolor muscular (10 ítems); problemas gastrointestinales (7); problemas pseudoneurológicos (7); alergias o asma (3); y constipado o gripe (2). La versión española de esta escala ha sido realizada en 2006 por Remor y Amorós.

Para su aplicación se indica a la persona que conteste hasta qué punto ha estado afectado durante el último mes por una serie de problemas de salud cotidianos, y el número de días que ha sufrido cada uno de ellos. Para la valoración se cuenta con una escala Likert de 4 puntos desde 0=nada hasta 3=grave.

Para la corrección de la prueba en nuestra investigación se ha utilizado únicamente el nivel de malestar indicado por la persona para cada dolencia, sin tener en cuenta el número de días que ha tenido cada problema, a modo de puntuación directa. La puntuación mínima será de 0 y la máxima de 87, teniendo en cuenta que a mayor puntuación peor estado de salud general.

En este trabajo, la fiabilidad para este instrumento ha sido muy alta, de ,88.

**k) Versión reducida del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (1992)**

El cuestionario de agresividad de Buss y Perry (1992) es una de las herramientas más ampliamente utilizadas en el estudio de la conducta agresiva.

La versión original está compuesta por 29 ítems que hacen referencia a conductas y sentimientos agresivos. Estos 29 ítems están codificados en una escala tipo Likert de cinco puntos (1: completamente falso para mí a 5: completamente verdadero para mí) y se estructuran en cuatro subescalas denominadas: agresividad física (9 ítems), agresividad verbal (5 ítems), ira (7 ítems) y hostilidad (8 ítems). Buss y Perry (1992) determinaron las cuatro subescalas a través del análisis factorial exploratorio en una primera muestra de estudiantes, replicando dicha estructura factorial en una segunda muestra con el análisis factorial confirmatorio; lo que añadió mayor validez de constructor a la estructura tetradimensional.

Para este estudio se ha utilizado la versión reducida de este cuestionario, elaborada por Virgil-Colet y colaboradores, compuesta por 20 ítems, y manteniendo la misma estructura tanto para su corrección como en el número de subescalas.

Los coeficientes de fiabilidad de los estudios originales fueron satisfactorios (0,72 a 0,85). Resultados muy similares se han obtenido con la adaptación española de Andreu, Peña y Graña, 2002. En esta investigación el coeficiente Alpha ha sido de ,87 para agresividad física; ,73 para agresividad verbal; ,77 para Ira; ,66 para hostilidad y ,92 para el nivel de agresividad global.

#### **1) Escala de Riesgo de Suicidio de Plutchik (1989)**

Con el fin de evaluar el riesgo de suicidio de la muestra participante en este estudio se ha utilizado la Escala de Riesgo de Suicidio de Plutchik, diseñada en 1989 y validada en 1998 por Rubio y colaboradores para población española.

El objeto de esta escala es discriminar a los individuos suicidas de aquellos que no lo son. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. La escala está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado en la literatura científica con el suicidio. Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y

otros aspectos relacionados con las tentativas de suicidio. La prueba ha mostrado ser capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

Para su corrección, se calcula la puntuación total a partir de la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos. Tiene una sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre población de control controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad es del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna. El análisis factorial de la escala demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales. La fiabilidad test-retest tras 72 horas fue de 0,89. La consistencia interna de la escala original era de ,84 (alfa de Cronbach). En este trabajo ha sido muy similar, de ,80.

#### **m) Adaptación del Cuestionario de Evaluación IPDE (International Personality Disorder Examination)**

El IPDE tiene como propósito identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV y/o CIE-10. Lo forman dos partes, un cuestionario de evaluación autoaplicado de cribado, que ha sido el utilizado en este trabajo, y una entrevista posterior semiestructurada. El cuestionario de cribado permite a la persona, mediante preguntas de respuesta dicotómica (verdadero-falso) describir su conducta habitual durante los últimos 5 años. Este cuestionario de detección proporciona al entrevistador una rápida información acerca de qué trastorno/s de la personalidad es probable que esté/n presente/s y, a continuación, la administración del módulo completo del IPDE permitiría confirmar o descartar el diagnóstico de cribado.

Para esta investigación se han utilizado únicamente las preguntas del cuestionario de evaluación correspondientes a las subescalas de trastorno antisocial y límite de la personalidad, por ser los trastornos más comunes entre la población penitenciaria.



Los mejores índices de validez para identificar estos trastornos de la personalidad se obtienen con el punto de corte probable igual a 4 o más respuestas no coincidentes con las esperadas. Conviene señalar que algunos estudios para población penitenciaria desaconsejan el uso del cuestionario IPDE ya que tiene escasa utilidad en la población reclusa cuando se aplica con los estándares de referencia habituales, pues el número de falsos positivos que produce es muy elevado.

La fiabilidad de los dos trastornos evaluados a través del IPDE en esta investigación ha sido de ,64 para el trastorno límite de personalidad y ,69 para el trastorno antisocial de la personalidad.

#### n) **Cuestionario de información general**

Para recoger los datos sociodemográficos, consumo de drogas y aspectos penales incluidos en esta investigación como variables independientes, se ha elaborado un cuestionario a medida, con respuestas abiertas, en el que se han incluido las siguientes variables:

##### a) **Sociodemográficas:**

- **Edad:** se ha preguntado al sujeto por su edad, y se han utilizado los datos además de como variable continua, creando hasta cuatro grupos: (1) de 18 a 24 años; (2) entre 25 y 34 años; (3) entre 35 y 44 años; (4) entre 44 y 60 años; (5) mayor de 60 años.
- **Grupos de nacionalidad o cultura:** esta variable se ha medido preguntando a los internos por su lugar de nacimiento, y se ha puntuado la variable haciendo cinco grupos, según nacionalidad: (1) española; (2) latinoamérica; (3) europeo no español (4) países árabes; (5) países del Este; (6) asiática.
- **Nivel económico antes de entrar en prisión:** para esta variable, se ha preguntado por los ingresos mensuales antes de entrar en la cárcel, y se ha utilizado la variable para su análisis estadístico posterior tanto como variable continua, como creando 4 grupos según el nivel nulo, bajo, medio o alto de ingresos económicos, de acuerdo al siguiente baremo: (0) Ningún ingreso; (1) Nivel bajo –de 1 a 800€ mensuales-; (2) Nivel medio –entre 801 y 1600€ mensuales-; (3) Nivel alto –más de 1600€ mensuales.

**b) Consumo de droga:**

Para este dato, nos hemos basado tanto en la respuesta de autoinforme del interno como en el conocimiento que se tiene de él como interno del Centro Penitenciario.

- **Consumo de droga:** para evaluar el nivel de drogodependencia de la muestra estudiada, se ha preguntado a cada individuo por su consumo de drogas en la actualidad, pudiendo elegir entre las siguientes opciones: (2) de forma habitual, (1) de forma esporádica, o (0) nunca.

**c) Datos penales y penitenciarios:**

- **Ingresos previos en prisión:** La pregunta en este caso ha sido referida a sí el interno ha entrado en prisión por primera vez en la presente ocasión o si ya había estado antes dentro de un centro penitenciario, sin importar el tiempo o si fue como preventivo o penado, y se han creado dos categorías: (0) no; y (1) si.
- **Tipología delictiva:** Se ha preguntado a los participantes en el cuestionario escrito por el delito o delitos por los que cumplen condena o están preventivos. En los casos en que hay varios delitos, se ha elegido el más frecuente (p.e. robos cuando hay varios robos y un delito de lesiones relacionado con los robos) o el más destacado (p.e. agresión sexual, aunque también haya secuestro y lesiones). La forma de puntuar esta variable ha sido en función de la gravedad penal de los delitos, de acuerdo a la pena de prisión vinculada a cada uno y a la alarma social que provocan, y el orden ha sido el siguiente: (1) Contra la seguridad del tráfico; (2) Atentado a la autoridad; (3) Robo –Incluye robo con fuerza, con intimidación y/o con violencia; (4) Delitos relacionados con la violencia de género –incluido el quebrantamiento de orden de alejamiento, lesiones a la pareja o expareja, amenazas, insultos y maltrato psicológico continuado; (5) Lesiones; (6) Estafa o falsificación; (7) Delito contra la salud pública –relacionados con el tráfico de drogas-; (8) Agresión sexual –incluido abuso sexual y violación a adulto o menores-; (9) Homicidio –incluido el intento de homicidio y el asesinato-.

- **Duración de la condena:** se ha preguntado a cada interno por el tiempo de condena estimado en sentencia o sentencias, o, en el caso de los preventivos, la petición fiscal, si se conoce. Aunque se haya anotado un único tipo de delito, se incluye el total de la condena que debe cumplir el sujeto. La forma de anotarla ha sido: A-M-D, siendo (A) años; (M) meses; (D) días. Y para evaluar esta variable se han creado los siguientes grupos: (0) Condena menor de 2 años; (1) Condena entre 2,1 y 5 años; (2) Condena entre 5,1 y 9 años; (3) Condena superior a 9,1 años.
- **Tiempo continuado en prisión:** se ha preguntado al interno por el tiempo que lleva en prisión de forma continuada, desde su ingreso y sin contar con posibles permisos de salida o salidas de otro tipo. El dato se ha pasado a meses.

## 6.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACION CUALITATIVOS

### a) Frases incompletas

Se ha elaborado a medida un instrumento compuesto por 21 frases inacabadas que la persona debe completar. Se han tomado como referencia algunos de los ejemplos desarrollados por González-Rey (2007, 2009) en sus obras, y adaptando algunas de estas frases a la realidad de la población a la que se dirigen y el contexto en que estas personas se encuentran. Las instrucciones indicadas para completar este instrumento de evaluación eran “Completa cada frase con aquello que pienses o te venga a la cabeza al leer cada una”.

El completamiento de frases es un instrumento que presenta inductores cortos a ser completados por la persona que los responde. Los inductores son de carácter general, y también pueden referirse a actividades, experiencias o personas, sobre las que queremos que el sujeto se exprese de forma intencional. Tal y como refiere González-Rey (2007), a través de este instrumento se obtienen informaciones directas que responden a la intencionalidad del sujeto, así como informaciones indirectas, que están mucho más asociadas a cómo el sujeto construye lo que expresa y a las relaciones entre expresiones diferentes del instrumento.

El origen de este instrumento se remonta a la literatura como un test proyectivo (Rotter), quien proponía significados particulares para formas generales de expresión de las personas

antes las frases, como es típico en los test proyectivos. González-Rey comenzó a utilizarlo en sus investigaciones en los años setenta, en los trabajos con hipertensos e infartados, y luego ha generalizado su uso a distintas líneas de investigación (González-Rey, 2007).

Al estar formado por inductores cortos, este tipo de instrumento permite emplearlos en una frecuencia mayor, lo que facilita el descentramiento del sujeto con mayor facilidad que otros instrumentos de tipo cualitativo, permitiendo la expresión de sentidos diferenciados en áreas y aspectos muy diferentes de la vida de las personas. Esto constituye uno de los puntos fuertes de su utilidad en la investigación.

Además, este instrumento no tiene reglas rígidas a ser cumplidas en su construcción ni cumplimentación. La explicitación por inductores directos no garantiza que el sentido subjetivo asociado a los mismos aparezca directamente en esas expresiones. González-Rey (2007) aconseja además que el instrumento esté formado por más de quince frases para facilitar el efecto de descentración que el instrumento tiene.

Por su propio carácter, este instrumento coloca al individuo frente a un amplio elenco de frases, cuyo significado debe producir a partir de su propia subjetividad. Cada persona se expresará en el completamiento de frases a través de los sentidos subjetivos más significativos para él o ella en el momento de la investigación, y en nuestro caso este momento estará marcado por la propia estancia en prisión.

Así, en el caso de esta investigación, el objetivo ha sido conocer, a partir de las frases propuestas, los sentidos subjetivos más comunes en la muestra de reclusos participantes en la investigación, entendiendo que estas frases permitirán conocer el modo en que estos internos están viviendo y asimilando su estancia en prisión. A su vez, nos permitirá el completamiento de frases, recoger información clave en torno al nivel de bienestar psicológico de la muestra, relación la información con las dimensiones propuestas por Ryff, ya que consideramos que estas dimensiones se reflejarán de forma directa por diferentes grupos de frases del instrumentos, y también de forma indirecta, a partir de las construcciones subjetivas que la muestra elabore en las distintas frases. Las frases incompletas servirán así como un mero inductor de sentidos subjetivos, pudiendo o no reflejar la información directa esperada o núcleos de sentido relacionados con otras dimensiones. De ahí la importancia de analizar este instrumento de forma global,

profundizando y relacionando la producción subjetiva de la muestra de internos participantes, más allá del análisis de frecuencia de respuestas.

## **b) Historias de vida**

Tal y como describen Rubio y Varas (2011), las historias de vida (“life history”) son la herramienta principal dentro del método biográfico. A través de ellas se puede reconstruir la dialéctica individuo-sociedad por medio del relato autobiográfico del propio actor. Aplicadas en el marco de la intervención social, ayudan además a comprender la vida de las personas y los colectivos, las condiciones en que crecieron, se desarrollaron y toman sus decisiones, los factores históricos y psico-sociales que influyeron en su entorno. (López-Barajas, 1996).

La técnica de las historias de vida comienza a utilizarse en Estados Unidos en la década de los años veinte y treinta del siglo pasado. Descatan, entre sus precursores, W.I.Thomas y F. Znaniencki, que realizaron estudios sobre la vida de los inmigrantes que en aquella época llegaban a Norteamérica. En estos años en el campo de la psicología son los trabajos de Meyer los pioneros en el uso de esta técnica, en su interés por la interrelación entre la biografía, la psicología y la sociología, en relación con los procesos de salud y enfermedad. Meyer desarrolló historias de vida en las que se describían las situaciones vitales de los pacientes cronológicamente ordenadas, con el fin de conocer el contexto psico-social en el que aparecían las enfermedades (Sandín, 1995).

Las historias de vida incluyen tanto las experiencias destacadas de la vida de una persona como su visión sobre las mismas; todo ello relatado en primera persona y con su propio lenguaje. Esta técnica permite así reflejar las vivencias externas e internas del sujeto. El resultado final obtenido con las historias de vida no debe ser únicamente la transcripción, más o menos ordenada, de las experiencias de una vida, sino la contrastación entre el relato personal y otros documentos, la complementación de distintas informaciones, el análisis del relato, la interpretación de determinadas conductas, la contextualización histórica de los relatos, etc. (Rubio y Varas, 2011)

El procedimiento de recogida de las historias de vida de los participantes en esta investigación corresponde a la técnica de relatos paralelos, según la clasificación de historias de vida que realiza J.J. Pujadas (1992), según la cual se utilizan las autobiografías en el estudio de unidades sociales amplias, recabando así una muestra amplia y representativa de relatos biográficos, a partir de los cuales tendremos ocasión de realizar comparaciones, entrar en detalles diferenciales según distintas variables, establecer categorías o tipos de individuos o eventos, y establecer generalizaciones.

La forma de obtención del relato biográfico para esta muestra se ha realizado a partir de autobiografías por escrito. Para autores como Bertaux (1993) las autobiografías escritas constituyen la forma óptima de relato de vida, ya que la escritura obliga a una conciencia reflexiva que difícilmente se puede conseguir mediante la palabra. Sin embargo, el esfuerzo para redactar la biografía personal puede dificultar el resultado final ya que no todas las personas tienen el ánimo o la capacidad de embarcarse en la realización por escrito de una autobiografía.

En esta investigación se ha solicitado a los internos participantes en la investigación que cuenten por escrito las secuencias de su vida, dividiendo ésta en cuatro periodos, que han sido los siguientes:

- a) Primera parte: Infancia, es decir, desde los primeros recuerdos hasta los 14 años.
- b) Segunda parte: Desde los 14 hasta los 25 años aproximadamente.
- c) Tercera parte: Edad adulta, especialmente los años antes de entrar en prisión.
- d) Cuarta parte: Desde el momento que entró en prisión hasta el momento actual.

## **RESULTADOS**

---

## 7. RESULTADOS DEL ANALISIS CUANTITATIVO

---

A continuación se describen los análisis estadísticos realizados en esta investigación. Se han organizado de acuerdo con los objetivos planteados en la misma. Para dichos análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0. Decir además que se ha preferido trabajar sin valores perdidos en la muestra, utilizando la opción *media de la serie* para sustituirlos.

El orden de exposición de los resultados es el siguiente:

- En *primer lugar* se incluyen las pruebas psicométricas realizadas para dos de los cuestionarios utilizados en esta investigación, desarrollados ad hoc para la misma: El Cuestionario de Molestias en Prisión, y la adaptación de la Escala de Acontecimientos Vitales de Holmes y Rahe. La multiplicidad de escalas utilizadas en esta investigación y el hecho de contar con una muestra relativamente pequeña (160 internos) y con características muy específicas, han hecho optar por mantener la estructura teórica original de estos instrumentos, lo cual facilitará además las comparaciones de los resultados obtenidos en otros trabajos con población general.
- En *segundo lugar*, encontramos un resumen de los análisis descriptivos de las variables objeto de esta investigación, a partir de los resultados de las escalas con las que han sido evaluadas cada una de estas variables.
- En *cuarto lugar*, y con el fin de explorar la fuerza e importancia de la relación entre las diferentes variables de tipo cuantitativo incluidas en esta investigación, y especialmente en su asociación con el bienestar psicológico, se han realizado los correspondientes análisis de correlaciones.
- En *tercer lugar*, se ha realizado una primera aproximación a la influencia de las variables sociodemográficas, trastornos de personalidad, y variables penales-



penitenciarias, con el bienestar psicológico, a partir de análisis de varianza multivariados y pruebas pos hoc.

- En *quinto lugar*, se ha estudiado la relación causal y papel predictivo de las variables consideradas como antecedentes en este estudio – estresores y recursos- sobre el bienestar psicológico. Para ello se han realizado diversos análisis de regresión multivariada tomando el constructo de bienestar psicológico y sus dimensiones como variables criterio.
- En *sexto y último lugar*, se ha explorado el papel del bienestar psicológico en su relación con la sintomatología psicopatológica y conductas de riesgo de los internos, a partir de varios análisis de regresión jerárquica. Se ha analizado la capacidad predictiva no solo del bienestar psicológico y sus dimensiones, sino también del resto de variables antecedentes –estresores y recursos- sobre la salud mental y conductas desadaptadas de los reclusos. Con este fin se han realizado diversos análisis de regresión jerárquica, en los que las subescalas de sintomatología psicopatológica y las variables referidas a salud subjetiva, agresividad y riesgo de suicidio se han tomado como variables criterio. Este último análisis permite también poner a prueba el modelo teórico propuesto en este trabajo de tesis.

### **7.1. CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS: DESARROLLO DEL *CUESTIONARIO DE MOLESTIAS EN PRISIÓN Y ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES AL MEDIO PENITENCIARIO.***

En este trabajo, en relación con los análisis psicométricos de las escalas utilizadas, se han realizado análisis de fiabilidad y matriz de correlaciones de todas las escalas. Sin embargo, los análisis factoriales se han realizado únicamente de dos de estas escalas. Se ha tomado esta decisión por considerar que carece de sentido obtener estructuras factoriales específicas para esta muestra, por tratarse de un grupo de características muy particulares y relativamente pequeño (160 reclusos). Además, el mantener la estructura factorial original

de las escalas, facilitará el contar con el mismo soporte teórico así como realizar comparaciones de los resultados con otras investigaciones.

Se exponen a continuación los análisis factorices y de fiabilidad, y las correlaciones internas del Cuestionario de Molestias en Prisión, creado para este estudio, y de la Escala de Acontecimientos Vitales de Holmes y Rahe, adaptada para esta investigación.

#### a) **Cuestionario de Molestias en Prisión**

##### **Análisis factorial exploratorio**

Una vez desarrollado el cuestionario para evaluar las molestias en prisión, realizado a partir de un estudio piloto previo (para más detalles ver pp.221), se ha analizado la dimensionalidad de las mismas sobre la muestra final de este estudio, valorando si existían grupos homogéneos de ítems por cada una de las escalas con significado común. Para ello se realizó un análisis factorial exploratorio con la muestra de 160 internos.

Previo al análisis, se exploró la adecuación psicométrica de los ítems. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que los ítems eran dependientes ( $p < ,0001$ ), mientras que el índice de adecuación de la muestra de *Kaiser-Meyer-Olkin* se encontraba por encima del ,50 recomendado ( $KMO = ,796$ ). Por tanto, los datos mostraron una buena adecuación muestral y una adecuada correlación entre los ítems, indicando que son idóneos para la aplicación del análisis factorial.

Se ha empleado el método de extracción de componentes principales y rotación *varimax*. Para la extracción del número de factores se ha aplicado el criterio de *Gutman-Kaiser* (*eigenvalue* superior a la unidad) y para asignar los ítems a los factores se han considerado las cargas factoriales iguales o mayores que ,40 (Cliff y Hamburger, 1967). También se ha aplicado los criterios de exclusión de coherencia teórica, validez aparente y ambigüedad factorial (cargas en dos factores sin diferencias notables y por encima de ,35). Estos análisis se han realizado con el paquete estadístico SPSS 19.0.

Tras el análisis factorial exploratorio, las estructuras factoriales obtenidas han sugerido la posibilidad de considerar una estructura de tres factores como provisionalmente viable. El gráfico de sedimentación ha mostrado una estructura del test compuesta por tres factores, que llegaron a explicar el 56,7% de la varianza total. Incluimos también los autovalores iniciales (tabla 7.1) mostrando los porcentaje de varianza explicados por cada factor obtenido.

**Tabla 7.1.1. Autovalores y porcentajes de varianza explicada por factores**

| FACTOR  | Autovalores iniciales |                     |             |
|---|-----------------------|---------------------|-------------|
|   | Total                 | % de la<br>varianza | % acumulado |
| 1. Molestias por convivencia                      | 3,953                 | 32,939              | 32,939      |
| 2. Molestias por normativa regimental             | 1,676                 | 13,966              | 46,905      |
| 3. Molestias por relaciones personales o cercanas | 1,179                 | 9,825               | 56,730      |

La tabla 7.1.2. muestra los pesos de los ítems por factor, una vez realizada la rotación.

En el **Factor I** se agruparon los ítems 4, 5, 7, 8 y 10, que evalúan las *molestias en relación con la convivencia* entre internos en la prisión.

En el **Factor II** se agruparon los ítems 3, 6 y 9, ítems que evalúan las *molestias derivadas de la propia normativa penitenciaria*. En este sentido, señalar que el ítem 9 (“el tipo de gente que hay en la cárcel”) tal y como está formulado podría estar haciendo alusión a la separación interior impuesta por el régimen institucional donde es obligada la convivencia con agresores sexuales, violadores y pederastas, que son rechazados de pleno por el resto de internos pero que en el día a día no hacen difícil la convivencia con ellos, motivo por el que este ítem satura en este factor en vez de en el Factor I, relacionado con los problemas interpersonales derivados del día a día. Es por tanto que, atendiendo a criterios estadísticos de saturación factorial, se incluye el ítem 9 dentro del Factor II.

El **Factor III** está formado por las saturaciones de los ítems 11 y 12, que evalúan *la relación cercana* con el compañero de celda y con el funcionario. Tal y como puede observarse en la

tabla 7.2., todos los ítems de la escala presentan elevados pesos factoriales que oscilan entre ,873 y ,499.

El ítem 2, aunque presenta ambigüedad factorial al saturar en los factores rotados 1 y 3 con un peso similar (,451 y ,418 respectivamente), la coherencia teórica y su mayor correlación con el factor 1 ( $r = ,455, p < 0,01$ ) que con el 3 ( $r = ,322, p < 0,01$ ) nos llevan a incluirlo en el factor 1, incrementando la fiabilidad para este factor de ,802 a ,809 al incluir este ítem.

Por último, decir que el ítem 1 referido al “hacinamiento del módulo” no ha tenido un peso claro en ninguno de los tres ítems, siendo de ,280 para el factor 1, de ,355 para el factor 2, y de ,410 para el factor tres. Su inclusión en el factor 3 se ha descartado por falta de coherencia teórica al no referirse a relaciones cercanas. Sin embargo, su correlación con el cuestionario completo es de ,556 ( $p < 0,01$ ), además su inclusión eleva la consistencia interna del cuestionario de ,798 a ,811. Estas razones unidas al convencimiento de que el hacinamiento es fuente de malestar para los internos nos llevan a mantener este ítem en el cuestionario, debiendo ser sometida esta decisión a futuras comprobaciones. A este respecto, creemos necesario reformular este ítem de forma menos técnica para futuras investigaciones y análisis psicométricos de la escala, porque es muy probable que los internos no hayan sabido exactamente a qué nos referíamos con hacinamiento. De igual modo, parece acertado en futuros estudios con esta escala, ampliar el número de ítems del factor 3, referido a relaciones cercadas, -formado por dos ítems-, con el fin de que tanto este factor como la escala global mejoren sus propiedades psicométricas.

**Tabla 7.1.2. Matriz de componentes rotados del Cuestionario de Molestias en Prisión**

| Nº ítem | Item                                       | Factor I    | Factor II   | Factor III |
|---------|--|-------------|-------------|------------|
| 2.      | El ruido                                   | <b>,451</b> |             | ,418       |
| 4.      | La violencia                               | <b>,841</b> |             |            |
| 5.      | Las presiones                              | <b>,690</b> |             |            |
| 7.      | La higiene                                 | <b>,508</b> | ,338        |            |
| 8.      | La falta de control                        | <b>,672</b> | ,370        |            |
| 10.     | Las amenazas                               | <b>,859</b> |             |            |
| 3.      | La comida (calidad, variedad, cantidad...) |             | <b>,738</b> |            |
| 6.      | Los horarios                               |             | <b>,781</b> |            |

|     |   |       |             |             |
|-----|---|-------|-------------|-------------|
| 9.  | El tipo de gente que hay en la cárcel   |       | <b>,499</b> |             |
| 11. | El compañero de celda                   |       |             | <b>,873</b> |
| 12. | El trato de los funcionarios            |       | ,325        | <b>,755</b> |
|     | <i>Porcentaje de varianza explicada</i> | 32,93 | 13,96       | 9,82        |
|     | <i>Coefficiente alpha de Cronbach</i>   | ,81   | ,57         | ,65         |

*Factor I: Convivencia; Factor II: Normativa regimental; Factor III: Relaciones personales*

### **Análisis de fiabilidad**

El coeficiente de fiabilidad obtenido a partir del coeficiente alpha de Cronbach para el Cuestionario de Molestias en prisión ha sido de ,811, lo que nos indica que el instrumento tiene una buena consistencia interna. La fiabilidad para los factores obtenidos a partir del análisis factorial ha sido muy alta, de ,809, para las “molestias por la convivencia”; y moderada a alta para los otros dos factores: de ,571 para las “molestias por la normativa regimental”, y de ,649 para las “molestias por relaciones cercanas”.

**Tabla 7.1.7. Alpha de Cronbach para el Cuestionario de Molestias en Prisión**

|   | $\alpha$ |
|---|----------|
| Factor 1: Molestias por convivencia         | ,809     |
| Factor 2: Molestias por normativa           | ,571     |
| Factor 3: Molestias por relaciones cercanas | ,649     |
| Molestias en prisión                        | ,811     |

### **Análisis de correlaciones**

La tabla 7.1.9. muestra los estadísticos media, desviación típica, y la matriz de correlaciones entre las puntuaciones totales obtenidas a través del Cuestionario de Molestias en Prisión y cada uno de sus factores. Todas las correlaciones son estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

En relación con las *molestias* y el nivel de malestar que producen sobre el interno, la media es de 2,37 sobre 5 –escala de 1 a 5- (S.D=,80), siendo por tanto un valor entre moderado y alto. Por su parte, las correlaciones muestran ser muy alta y alta en los factores 1 y 2 con la escala global, pero moderada con el caso del tercer factor. No debemos olvidar que esta factor cuenta únicamente con dos ítems, lo cual puede afectar a este resultado.

**Tabla 7.1.9. Media, Desviación Típica, Alpha de Cronbach y Coeficientes de correlación interna de los factores del Cuestionarios de Molestias en Prisión**

|                                       | M    | DT   | 1             | 2             | 3             |
|---------------------------------------|------|------|---------------|---------------|---------------|
| 1. Molestias por convivencia          | 2,61 | 1,09 | <b>1</b>      |               |               |
| 2. Molestias por normativa regimental | 2,48 | ,98  | <b>,351**</b> | <b>1</b>      |               |
| 3. Molestias por relaciones cercanas  | 1,60 | ,92  | <b>,279**</b> | <b>,331**</b> | <b>1</b>      |
| 4. Molestias en prisión global        | 2,37 | ,80  | <b>,900**</b> | <b>,659**</b> | <b>,527**</b> |

**b) Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes adaptada.**

**■ Análisis factorial exploratorio**

Para realizar la adaptación de la Escala de Acontecimientos Estresantes original de Holmes y Rahe (1967) se seleccionaron 23 de sus 43 ítems, eliminando aquellos otros ítems que con toda probabilidad no podían haber sucedido al interno estando en prisión. Además, se añadieron 11 ítems referidos a eventos estresantes susceptibles de suceder dentro de prisión. Posteriormente se ha procedido a analizar la estructura factorial de esta escala con la muestra de este trabajo.

A partir del análisis factorial, los datos mostraron una buena adecuación muestral (prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < ,0001$ ) y ( $KMO = ,673$ ) y una adecuada correlación entre ítems.

**Tabla 7.1.3. Estadísticos de adecuación muestral de la Escala de Acontecimientos Vitales adaptada**

| <b>KMO y prueba de Bartlett</b>                      |                         |          |
|--|-------------------------|----------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. |                         | ,673     |
| Prueba de esfericidad de Bartlett                    | Chi-cuadrado aproximado | 1270,903 |
|  | gl                      | 528      |
|  | Sig.                    | ,000     |

De nuevo se ha empleado el método de extracción de componentes principales y rotación *varimax* para el análisis. Las estructuras factoriales obtenidas sugerían la posibilidad de considerar una estructura de 11 factores como provisionalmente viable. Así, el gráfico de

sedimentación mostró una estructura del test compuesta por 11 factores con un eigenvalue mayor de 1, que llegaron a explicar el 61,57% de la varianza total.

Dado que la estructura factorial que arroja el análisis factorial exploratorio no resulta clara y simple, se ha optado por reducir el número de factores. Para ello, se han realizado nuevos análisis factoriales mediante el modelo de componentes principales, forzando la solución hacia estructuras de dos, tres, cuatro, cinco y seis factores, con el fin de hacer un análisis teórico de las agrupaciones de ítems ofrecidas. No se han estudiado más de seis factores en función de dos criterios: en primer lugar en base al gráfico de sedimentación donde se aprecia una inflexión a partir del sexto factor, y en segundo lugar, teniendo en cuenta que los ítems que saturan en los factores siete al once no llegan a tres en ningún caso. En la tabla anterior se pueden observar los porcentajes de varianza acumulados para cada una de las estructuras factoriales exploradas (dos, tres, cuatro, cinco y seis factores).

**Tabla 7.1.4. Autovalores y porcentajes de varianza explicados por los factores aislados**

| FACTOR | Autovalores iniciales |                  |             |
|--------|-----------------------|------------------|-------------|
|        | Total                 | % de la varianza | % acumulado |
| 1      | 5,099                 | 15,451           | 15,451      |
| 2      | 2,308                 | 6,995            | 22,446      |
| 3      | 2,030                 | 6,153            | 28,599      |
| 4      | 1,784                 | 5,407            | 34,006      |
| 5      | 1,612                 | 4,884            | 38,890      |
| 6      | 1,466                 | 4,443            | 43,334      |
| 7      | 1,345                 | 4,076            | 47,410      |
| 8      | 1,283                 | 3,889            | 51,298      |
| 9      | 1,240                 | 3,759            | 55,057      |
| 10     | 1,127                 | 3,414            | 58,471      |
| 11     | 1,025                 | 3,105            | 61,576      |

A continuación, y como adelantábamos, se han explorando en detalle los ítems que saturan en los factores para cada una de estas estructuras factoriales, y se han analizado el concepto subyacente desde un punto de vista teórico para cada grupo de factores.

La estructura de dos factores se ha descartado por el porcentaje de varianza explicativa tan bajo (22,2%), además de no existir un claro criterio teórico ni de validez aparente detrás de los dos grupos. Las estructuras de cuatro y seis factores no resultaban adecuadas desde un

punto de vista teórico, ya que no había un concepto subyacente que diera explicación a los grupos de ítems creados. En el caso de la estructura de tres factores, desde el punto de vista de la coherencia teórica y validez aparente, habría dos factores claros que equivaldrían a “falta o pérdida de red de apoyo familia”, “eventos positivos”, pero el tercer factor incluía a ítems relacionados con problemas de salud e ítems referidos a dificultades en la convivencia con otros reclusos. Esto, unido al porcentaje tan bajo de varianza explicada (28,6%), nos ha llevado a descartar también esta estructura. Finalmente, la estructura factorial que resulta más viable ha sido la de cinco factores, definidos en base a criterios de validez aparente y de coherencia teórica como: Factor 1: “Eventos positivos”; Factor 2: “Pérdida de red de apoyo familiar”; Factor 3: “Muerte o enfermedad”; Factor 4: “Problemas interpersonales en prisión”; Factor 5: “encarcelamiento y consecuencias”.

**Tabla 7.1.5. Autovalores y porcentajes de varianza explicados por los factores aislados**

| FACTOR                                  | Autovalores rotados |                  |             |
|---|---------------------|------------------|-------------|
|   | Total               | % de la varianza | % acumulado |
| 1. Eventos positivos                    | 3,365               | 10,198           | 10,198      |
| 2. Pérdida de red de apoyo familiar     | 3,325               | 10,076           | 20,274      |
| 3. Muerte o enfermedad                  | 2,133               | 6,463            | 26,736      |
| 4. Problemas interpersonales en prisión | 2,021               | 6,123            | 32,860      |
| 5. Encarcelamiento y consecuencias      | 1,990               | 6,031            | 38,890      |

Como se observa en la tabla siguiente (tabla 7.6) el factor 1 está formado por los ítems 5, 6, 7, 10 y 18, los mismos que en el apartado anterior sobre los “Instrumentos de evaluación” se mencionaban como eventos vitales positivos de la escala original de Holmes y Rahe (1967).

El **factor 2**, referido a la *pérdida del apoyo familiar*, incluye los ítems 2, 12, 13, 15, 20, 25, 26 y 32, todos ellos relacionados con esta circunstancia. El análisis basado en la coherencia teórica de la relación factor-ítems ha llevado a incluir en este factor el ítem 9 “ruptura de noviazgo o relación similar”, con un peso en el mismo de ,477, aunque su saturación ha sido algo mayor en el factor 1, la correlación con el factor 2 es más alta ( $r = ,675$ ,  $p < 0,01$ ) que con el 1 ( $r = ,457$ ,  $p < 0,01$ ), además de ser conceptualmente más acorde incluir el ítem en el factor 2.



El **factor 3**, relacionado con la *muerte o enfermedad*, propia o de alguien cercano, lo componen los ítems 8, 14, y 16. El ítem 24, referido al cambio de centro penitenciario, cuyo peso en este factor es de ,446, ha decidido eliminarse dado que no está conceptualmente relacionado con el factor 3, comprobándose además que su eliminación aumenta la consistencia interna de esta variable de agrupación, que pasa de Alpha= ,504 a Alpha = ,515. En el factor 3 además, se ha incluido el ítem 4, referido a la muerte de un familiar cercano, ya que aunque tiene un peso algo mayor en el factor 1 que en el 3 (,514 frente a ,448), su correlación es muy alta con el factor 3 ( $r = ,727$ ;  $p < 0,01$ ), y mucho menor con el factor 1 ( $r = ,309$ ,  $p < 0,01$ ), y la fiabilidad del factor 3 pasa de ,515 a ,616 si se incluye el ítem 4. Decir también que el ítem 1 “*muerte del cónyuge*” debería incluirse en este factor atendiendo a criterios teóricos, sin embargo, la ausencia de correlación significativa de este ítem con el conjunto de la prueba ( $r = 0,122$ , sig. = ,12) y con el factor 3 ( $r = -0,026$ , sig. = ,74) llevan a excluir el ítem de la batería final. El motivo que se sospecha ha estado detrás de estos resultados inesperados para este ítem está en que la mayoría de los internos participantes desconocían el significado de la palabra “cónyuge”.

El **factor 4** referido a *problemas de convivencia* o interpersonales en prisión lo conforman los ítems 11, 28, 29 y 30.

Y el **último factor** está referido al *encarcelamiento y los efectos o circunstancias con él relacionadas*, lo forman los ítems 3, 17, 19, 22 y 31.

A continuación se presenta la tabla que recoge la matriz generada por el análisis factorial.

**Tabla 7.1.6. Matriz generada por el análisis factorial realizado sobre la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes, forzando hacia una estructura de 5 factores.**

| Item | Factores    |             |             |      |   |
|------|-------------|-------------|-------------|------|---|
|      | 1           | 2           | 3           | 4    | 5 |
| 5    | <b>,658</b> |             |             |      |   |
| 6    | <b>,512</b> |             |             |      |   |
| 7    | <b>,581</b> | ,317        |             |      |   |
| 10   | <b>,662</b> |             |             |      |   |
| 18   | <b>,654</b> |             |             |      |   |
| 2    |             | <b>,660</b> |             |      |   |
| 9    | ,483        | <b>,477</b> |             |      |   |
| 12   |             | <b>,580</b> |             |      |   |
| 13   |             | <b>,444</b> |             |      |   |
| 15   |             | <b>,539</b> |             | ,337 |   |
| 20   | ,354        | <b>,501</b> |             |      |   |
| 25   |             | <b>,427</b> |             |      |   |
| 26   |             | <b>,692</b> |             |      |   |
| 32   |             | <b>,542</b> |             |      |   |
| 4    | ,514        |             | <b>,448</b> |      |   |
| 8    |             |             | <b>,645</b> |      |   |
| 14   |             |             | <b>,640</b> |      |   |
| 16   |             |             | <b>,506</b> |      |   |
| 24   |             |             | <b>,446</b> |      |   |



En el caso de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes el coeficiente alpha de Cronbach ha sido de ,810, excluyendo los ítems 1, 27 y 33, ya que la consistencia interna teniendo en cuenta todos los ítems era peor (Alpha = ,790). Por factores, las fiabilidades han sido altas para todos los factores, aunque algo menor para el factor 4 de problemas interpersonales ( $\alpha = ,458$ ), para el resto han oscilado entre ,50 y ,76.

**Tabla 7.1.8. Alpha de Cronbach de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes adaptada**

|   | $\alpha$ |
|---|----------|
| Factor 1: Eventos positivos                             | ,722     |
| Factor 2: Pérdida de apoyo familiar                     | ,766     |
| Factor 3: Muerte o enfermedad                           | ,615     |
| Factor 4: Problemas interpersonales en prisión          | ,458     |
| Factor 5: Encarcelamiento y circunstancias relacionadas | ,500     |
| Acontecimientos vitales estresantes                     | ,810     |

### **Análisis de correlaciones**

A continuación, la tabla 7.1.10 incluye los estadísticos media, desviación típica, y matriz de correlaciones entre las puntuaciones totales obtenidas a través de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes y cada uno de sus factores. Todas las correlaciones son estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

La media para los *eventos traumáticos o estresantes* vividos en el último año por parte de la muestra es de 7,76 (S.D.=4,70), lo que indicaría un promedio de casi 8 eventos vitales vividos por interno a lo largo del último año. Las correlaciones de los factores con el total de la prueba ha sido moderado (entre ,58 y ,78) para todos los factores, salvo para el factor 4, relacionado con los problemas de convivencia en prisión (Alpha= ,404), dato que debe ser tenido en cuenta en caso de utilizar esta escala en futuras investigaciones.

**Tabla 7.1.10. Media, Desviación Típica, Alpha de Cronbach y Coeficientes de correlación interna de los factores de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes adaptada**

|  | M    | DT   | 1             | 2             | 3            | 4 | 5 |
|--|------|------|---------------|---------------|--------------|---|---|
| Factor 1: Eventos positivos                    | 1,22 | 1,43 | 1             |               |              |   |   |
| Factor 2: Pérdida de apoyo familiar            | 1,90 | 2,08 | <b>,433**</b> | 1             |              |   |   |
| Factor 3: Muerte o enfermedad                  | 1,29 | 1,22 | <b>,320**</b> | <b>,248**</b> | 1            |   |   |
| Factor 4: Problemas interpersonales en prisión | ,29  | ,62  | <b>,199*</b>  | <b>,215**</b> | <b>,159*</b> | 1 |   |

|  |      |      |        |        |        |        |        |
|--|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Factor 5: Encarcelamiento y cc. relacionadas | 2,43 | 1,32 | ,296** | ,281** | ,210** | ,245** | 1      |
| Acontecimientos vitales estresantes          | 7,76 | 4,70 | ,699** | ,780** | ,585** | ,404** | ,613** |

## 7.2. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES

El análisis que sigue muestra los resultados descriptivos de las variables estudiadas en la presente investigación, a partir de los resultados obtenidos a partir de las escalas y cuestionario de información general aplicados.

Conviene señalar que los estadísticos descriptivos de algunas de estas variables ya hemos tenido ocasión de comentarlos en anteriores apartados, así en el caso de las variables referidas a *edad*, *cultura*, *nivel de ingresos* y *consumo de drogas*, los estadísticos descriptivos de estas variables y las tablas que los resumen se han detallado en el apartado “muestra” (pp.174 y siguientes). Los estadísticos descriptivos relacionados con las variables de Ingresos Previos en Prisión, Tipología Delictiva, Duración de la Condena y Meses Continuados en Prisión se han expuesto también en el apartado “muestra” (pp. 183 y siguientes).

### a) El Bienestar Psicológico

El constructo de *bienestar psicológico*, de acuerdo al Modelo Multidimensional propuesto por Carol Ryff (1989), puede definirse como el desarrollo del potencial verdadero de una persona, y estaría formado por seis dimensiones distintas que serían: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Esta variable han sido evaluada a través de la Escala Multidimensional de Bienestar Psicológico creada por Ryff para este fin, (versión de Diaz y cols.2006).

Los resultados a partir de esta escala se recogen en la siguiente tabla. Como vemos, la media del nivel de bienestar psicológico global de los sujetos participantes en esta investigación (n=160) ha sido de un 4,19 sobre 6 (puntuación de la escala de 1 a 6), con una desviación típica de .79.

**Tabla 7.2.1 Estadísticos descriptivos para la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.**

|                                 | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
|---------------------------------|-------|------------|--------|--------|
| 1. Autoaceptación               | 4,02  | 1,21       | 1,00   | 6,00   |
| 2. Relaciones positivas         | 3,92  | 1,03       | 1,60   | 6,00   |
| 3. Autonomía                    | 4,16  | ,95        | 1,50   | 6,00   |
| 4. Propósito en la vida         | 4,26  | ,91        | 1,00   | 6,00   |
| 5. Dominio del entorno          | 4,27  | 1,23       | 1,00   | 6,00   |
| 6. Crecimiento personal         | 4,52  | 1,04       | 1,00   | 6,00   |
| 7. Bienestar Psicológico Global | 4,19  | ,79        | 1,48   | 5,86   |

Por dimensiones, la puntuación media más baja corresponde a la dimensión Relaciones positivas, con un 3,92, (SD=1,03), lo que indica que la muestra de participantes tienen un funcionamiento peor en lo que respecta a su red de apoyo social, y también más dificultades para mantener y cuidar dicha red de apoyo, lo cual parece lógico dado el contexto en que se encuentran.

La media más alta la encontramos en la dimensión de crecimiento personal, con un 4,52 y una desviación típica de ,96, este dato resulta llamativo, dado que por las características y

perfil comunes entre la población penitenciaria no parece esperable que su mejor funcionamiento psicológico se concentre en el deseo y actitudes adecuadas a su mejora y crecimiento individual, consideramos que este dato posiblemente nos indica una toma de conciencia en la vida delictiva que el interno ha tenido y la intención y motivación de cambio que sabe debería realizar, con el fin de reconducir su vida hacia la adecuada reinserción social, tras su puesta en libertad.

### **b) Trastornos de personalidad**

Los trastornos de personalidad estudiados en esta investigación, por su frecuencia en el medio penitenciario, han sido el Trastorno Límite y el Trastorno Antisocial de la Personalidad. La frecuencia y porcentaje de internos susceptibles de padecer este tipo de trastornos se ha evaluado en esta muestra a partir del Inventario IPDE de Personalidad, cuyos criterio indica que a partir de 4 ítems positivos en esta escala hay una alta probabilidad de padecer el trastorno. Teniendo en cuenta los criterios del IPDE un 12% de los internos cumplen los criterios para padecer el trastorno límite de personalidad, y hasta un 26,3% son susceptibles de ser diagnosticados con trastorno antisocial. La tabla 7.2.2. asiguientes recogen la frecuencia de ítems positivos de esta muestra para cada uno de los trastornos.

**Tabla 7.2.2. Frecuencia de rasgos positivos para el Trastorno Límite de Personalidad**

| TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD |            |      |         |
|----------------------------------|------------|------|---------|
| Frecuencia de ítems positivos    | Frecuencia | %    | % acum. |
| 0                                | 52         | 32,5 | 32,5    |
| 1                                | 46         | 28,8 | 61,3    |
| 2                                | 23         | 14,4 | 75,6    |
| 2                                | 9          | 5,6  | 81,3    |
| 3                                | 11         | 6,9  | 88,1    |
| 4                                | 10         | 6,3  | 94,4    |
| 5                                | 5          | 3,1  | 97,5    |
| 6                                | 2          | 1,3  | 98,8    |
| 7                                | 1          | 0,6  | 99,4    |
| 8                                | 1          | 0,6  | 100     |
| Total                            | 160        | 100  |         |
| Riesgo de padecer el trastorno   | Frecuencia | %    | % acum. |

|   |                                 |            |      |         |
|---|---------------------------------|------------|------|---------|
|   | Si                              | 19         | 11,9 | 11,9    |
|   | No                              | 141        | 88,1 | 100     |
| <b>TRASTORNO ANTISOCIAL DE PERSONALIDAD</b> |                                 |            |      |         |
|   | Frecuencias de rasgos positivos | Frecuencia | %    | % acum. |
|   | 0                               | 28         | 17,5 | 17,5    |
|   | 1                               | 31         | 19,4 | 36,9    |
|   | 2                               | 24         | 15   | 51,9    |
|   | 3                               | 9          | 5,6  | 57,5    |
|   | 3                               | 26         | 16,3 | 73,8    |
|   | 4                               | 17         | 10,6 | 84,4    |
|   | 5                               | 11         | 6,9  | 91,3    |
|   | 6                               | 5          | 3,1  | 94,4    |
|   | 7                               | 8          | 5    | 99,4    |
|   | 8                               | 1          | 0,6  | 100     |
|   | Total                           | 160        | 100  |         |
|   | Riesgo de padecer el trastorno  | Frecuencia | %    | % acum. |
|   | Si                              | 42         | 26,3 | 26,3    |
|   | No                              | 118        | 73,8 | 100     |

### c) Variables antecedentes del bienestar psicológico: demandas y recursos

#### a. Demandas o estresores

Las variables recogidas en este apartado han sido el número de acontecimientos estresantes, las molestias diarias vividas en prisión, y el nivel de estrés percibido. Para la evaluación de la primera variable se ha utilizado la Escala de Acontecimientos Estresantes adaptada para este estudio; la segunda se ha valorado con el Cuestionario de Molestias diseñado para este trabajo; y el nivel de estrés percibido a partir de la Escala reducida de Estrés Percibido.

La tabla 7.2.3 recoge los resultados estadísticos de las tres variables: medias, desviaciones típicas, máximos y mínimos.

**Tabla 7.2.3 Estadísticos descriptivos de las demandas o estresores**

|  | M    | DT   | Mínimo | Máximo |
|--|------|------|--------|--------|
| Acontecimientos vitales estresantes            | 7,76 | 4,70 | ,00    | 28,00  |
| Factor 1: Eventos positivos                    | 1,22 | 1,43 | ,00    | 5,00   |
| Factor 2: Pérdida de apoyo familiar            | 1,90 | 2,08 | ,00    | 9,00   |
| Factor 3: Muerte o enfermedad                  | 1,29 | 1,22 | ,00    | 5,00   |
| Factor 4: Problemas interpersonales en prisión | ,29  | ,62  | ,00    | 4,00   |



|   |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|
| Factor 5: Encarcelamiento y circunstancias relacionadas | 2,43 | 1,32 | ,00  | 4,00 |
| Molestias en prisión global                             | 2,37 | ,80  | 1,00 | 4,33 |
| Factor 1. Molestias por convivencia                     | 2,61 | 1,09 | 1,00 | 5,00 |
| Factor 2. Molestias por normativa regimental            | 2,48 | ,98  | 1,00 | 5,00 |
| Factor 3. Molestias por relaciones cercanas             | 1,60 | ,92  | 1,00 | 5,00 |
| Nivel de estrés percibido                               | 1,59 | ,71  | ,30  | 3,50 |

La media de *acontecimientos estresantes* experimentados en el último año ha sido de 7,76 (SD = 4,70) dato que consideramos elevado, aunque con una variabilidad considerable. En el caso de las *molestias en prisión*, el malestar general ha sido moderado (M = 2,37; SD = ,80).

La variable *nivel de estrés percibido* permite conocer el proceso de tensión que está experimentando el interno, y en esta muestra alcanza un valor medio de 1,59 (S.D=,71), si tenemos en cuenta que el rango de valores oscila entre 0 y 4, la media podríamos considerarla un valor moderado.

### b. Recursos externos y personales

El único recurso externo que hemos estudiado ha sido el apoyo social, y lo hemos hecho a través de dos variables, el apoyo social objetivo o número de personas que forman la red social del individuo, y el apoyo social subjetivo, referido a la percepción que el interno tiene de la cercanía y apoyo de su red. La evaluación de estas variables se ha realizado con los cuestionarios de Apoyo Social Objetivo y subjetivo, respectivamente. En la tabla 7.2.4 se muestran las medias, desviaciones típicas, valores mínimos y máximos de estas dos variables.

Tabla 7.2.4. a. Estadísticos descriptivos referidos a los recursos externos

|                        | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
|------------------------|-------|------------|--------|--------|
| Apoyo Social Objetivo  | 2,62  | ,67        | 1,00   | 4,00   |
| Apoyo Social Subjetivo | 2,95  | ,53        | 1,20   | 3,60   |

Tal y como refleja la tabla 7.2.4, la media de las puntuaciones para *apoyo social objetivo* ha sido de 2,62 sobre 4 (SD.=,67), ligeramente inferior a la obtenida en la *Escala para el Apoyo*

*Social Subjetivo*, con 2,95 (SD.=,53), mostrando en ambos casos unos valores tendentes a altos si tenemos en cuenta que el máximo para esta escala es de 4 en ambos casos.

Por su parte, los *recursos personales* elegidos para este trabajo han sido de tres tipos. El primero referido a los recursos psicológicos positivos que tiene una persona, que se han evaluado a través del Inventario de Recursos Psicológicos (IRP-77) en relación a los recursos elegidos. El segundo grupo está relacionado con los estilos de afrontamiento del individuo a la hora de enfrentarse a los problemas interpersonales, y su evaluación se realizó a partir de la Escala de Estilos de Afrontamiento en su versión reducida. El tercer grupo incluye las variables relacionadas con las creencias que una persona tiene sobre el mundo, los otros y sobre sí mismos, de acuerdo a la teoría de Janoff-Bulman (1989) y se han evaluado a partir de la Escala de Creencias sobre el Mundo que este autor diseñó con tal fin.

Los resultados han permitido obtener los descriptivos que aparecen en la siguiente tabla.

**Tabla 7.2.4 b. Estadísticos descriptivos referidos a los recursos personales**

|   | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
|---|-------|------------|--------|--------|
| <b>Escala IRP-77</b>                      |       |            |        |        |
| Optimismo                                 | 2,28  | 0,43       | 1      | 3      |
| Valor                                     | 2,25  | 0,47       | 1      | 3      |
| Vitalidad                                 | 2,09  | 0,57       | 0      | 3      |
| Autocontrol                               | 2,15  | 0,53       | 0,2    | 3      |
| Inteligencia emocional                    | 2,41  | 0,49       | 1      | 3      |
| Solución de problemas                     | 2,32  | 0,52       | 1,25   | 3      |
| Mentalidad abierta                        | 2,29  | 0,54       | 0      | 3      |
| Inteligencia social                       | 2,35  | 0,47       | 1      | 3      |
| <b>Escala de Estilos de Afrontamiento</b> |       |            |        |        |
| Confrontación                             | 1,43  | 0,55       | 0      | 2,67   |
| Distanciamiento                           | 1,18  | 0,53       | 0      | 2,67   |
| Autocontrol                               | 1,46  | 0,52       | 0,29   | 3      |
| Apoyo social                              | 1,84  | 0,62       | 0,33   | 3      |
| Aceptación responsabilidad                | 1,67  | 0,70       | 0      | 3      |
| Huida y evitación                         | 0,96  | 0,54       | 0      | 3      |
| Planificación realista                    | 1,72  | 0,60       | 0,17   | 3      |

| Reevaluación positiva                    | 1,81 | 0,67 | 0   | 3   |
|--|------|------|-----|-----|
| Cuestionario de Creencias sobre el Mundo |      |      |     |     |
| Benevolencia mundo                       | 3,64 | 1,07 | 1   | 6   |
| Benevolencia personas                    | 3,35 | 0,73 | 1,5 | 5,5 |
| Justicia                                 | 3,39 | 1,17 | 1   | 6   |
| Controlabilidad                          | 3,76 | 0,93 | 1   | 6   |
| Azar                                     | 2,57 | 1,13 | 1   | 6   |
| Automerecimiento                         | 3,01 | 0,81 | 1   | 6   |
| Autocontrol                              | 4,24 | 1,04 | 1   | 6   |
| Suerte                                   | 3,25 | 1,22 | 1   | 6   |

En relación con los *recursos psicológicos*, las puntuaciones medias obtenidas para todas las subescalas incluidas en este trabajo, un total de ocho, están por encima de los 2 puntos sobre 3, lo que indicaría una disposición alta de recursos psicológicos en la muestra. La media más alta corresponde a la dimensión de Inteligencia Emocional ( $M=2,41$ ;  $SD= ,49$ ), seguida por la dimensión de Inteligencia Social ( $M=2,35$ ;  $SD= ,47$ ). Por su parte, la variabilidad en las puntuaciones ha estado en torno a  $SD= ,50$ , con un rango entre  $,43$  y  $,53$ ; sin llegar en ningún caso al 1. Las puntuaciones medias tan elevadas obtenidas, la baja variabilidad, y el hecho de que sean las dimensiones de Inteligencia Emocional y Social precisamente las de mayor puntuación media, si tenemos en cuenta el perfil común de los internos, caracterizado por una baja empatía y pobres habilidades sociales, hacen sospechar que tal vez el uso de este cuestionario no haya resultado adecuado para el tipo de población que estamos estudiando, y que las puntuaciones obtenidas sean más bien reflejo de una alta deseabilidad social por parte de la muestra.

Respecto a las *estrategias de afrontamiento*, vemos en la tabla 7.2.4 que en esta muestra las estrategias más utilizadas son el apoyo social ( $M=1,84$ ;  $SD= ,62$ ) seguido de la reevaluación positiva ( $M=1,81$ ;  $SD= ,67$ ) y las que menos la huída-avoidance ( $M=0,96$ ;  $SD= ,54$ ) y el distanciamiento ( $M=1,18$ ;  $SD= ,53$ ). En líneas generales las medias en las puntuaciones se acerca más al 1,5 sobre 3, son por tanto unas puntuaciones moderadas, y observamos una variabilidad algo mayor a la obtenida con el instrumento de evaluación anterior, con unas desviaciones típicas que van desde el  $,52$  para autocontrol hasta  $,70$  para la aceptación de la responsabilidad.

Por último, la subescala del *Cuestionario de Creencias del Mundo* permite ver que la media más baja es la obtenida para la dimensión azar ( $M=2,57$ ;  $SD= 1,13$ ), de lo que deducimos que los participantes en este estudio no tienden a creer que los sucesos que se producen en el mundo y a su alrededor sean fruto del azar. En estas subescalas si que apreciamos mayores márgenes de variabilidad, con unas desviaciones típicas que van desde el ,81 para el automerrecimiento hasta un 1,22 para la dimensión suerte. La puntuación media global en esta escala ha sido de 3,40 sobre 6.

**d) Consecuencias del bienestar psicológico sobre la salud mental y las conductas desadaptadas.**

De entre las posibles variables que podrían considerarse en este apartado, para una primera exploración teórica y empírica en el tema que nos ocupa se han elegido dos grupos de consecuencias. Las primeras referidas al *estado de salud mental* del interno, que han sido evaluadas como sintomatología psicopatológica e incluyen como variables todas las subescalas que conforman el Inventario Breve de Síntomas de Derogatis, además del Índice de Severidad Global, que permite obtener el nivel de desgaste psicológico, y se obtiene también con el BSI de Derogatis.

El segundo grupo de consecuencias está referido a algunas de las *conductas desadaptadas* más relevantes que se producen en prisión, como son: las continuas quejas sobre la salud que hacen los internos, variable evaluada a partir del Inventario de Quejas de Salud Subjetiva; las conductas agresivas, que hemos valorado a partir del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry, en su versión reducida; y por último, el riesgo de suicidio, evaluado con la Escala de Riesgo de Suicidio de Plutchik.

La tabla 7.2.5 recoge los estadísticos descriptivos relacionados con las consecuencias consideradas en esta investigación, tanto relacionadas con la salud mental del interno como con las conductas desadaptadas que pueden darse durante su estancia en prisión.

**Tabla 7.2.5. Estadísticos descriptivos de las consecuencias**

|                                 | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
|---------------------------------|-------|------------|--------|--------|
| <b>Sobre el estado de salud</b> |       |            |        |        |
| Inventario Breve de Síntomas    |       |            |        |        |

|                                      |       |       |   |       |
|--------------------------------------|-------|-------|---|-------|
| Índice de Severidad Global           | 0,78  | 0,59  | 0 | 3     |
| Somatización                         | 0,55  | 0,71  | 0 | 3,29  |
| Obsesión compulsión                  | 0,87  | 0,82  | 0 | 3,67  |
| Sensibilidad interpersonal           | 0,79  | 0,74  | 0 | 3,25  |
| Depresión                            | 0,91  | 0,79  | 0 | 3,83  |
| Ansiedad                             | 0,88  | 0,74  | 0 | 3,5   |
| Hostilidad                           | 0,56  | 0,75  | 0 | 4     |
| Ansiedad fóbica                      | 0,39  | 0,51  | 0 | 2,2   |
| Ideación paranoide                   | 1,18  | 0,89  | 0 | 3,6   |
| Psicoticismo                         | 0,63  | 0,67  | 0 | 2,8   |
| <b>Sobre las conductas de riesgo</b> |       |       |   |       |
| Quejas de salud subjetiva            | 12,90 | 10,49 | 0 | 54,00 |
| <b>Cuestionario de Agresividad</b>   |       |       |   |       |
| Nivel global de Agresividad          | 1,78  | 0,62  | 1 | 4,55  |
| Agresividad física                   | 1,64  | 0,75  | 1 | 5,00  |
| Agresividad verbal                   | 1,79  | 0,70  | 1 | 5,00  |
| Ira                                  | 1,92  | 0,83  | 1 | 4,75  |
| Hostilidad                           | 1,78  | 0,63  | 1 | 4,20  |
| Riesgo de suicidio                   | 3,93  | 3,21  | 0 | 14,00 |

Los estadísticos descriptivos más destacados en relación con las variables incluidas en relación con la *salud mental* de los internos son los siguientes:

En relación con el *Índice de Severidad Global*, que refleja el desgaste psicológico general, la media de las puntuaciones para el *índice de severidad global* no alcanza el punto ( $M=0,78$ ;  $SD= ,59$ ), siendo similar a la de algunos estudios (Ruiperez y cols. 2001) e inferior a las obtenidas en otros con población general (ej. Gámez-Guadix y cols. 2011).

Las puntuaciones medias obtenidas para la muestra de internos de esta investigación han sido mayores para las subescalas de ideación paranoide ( $M=1,18$ ;  $SD= ,89$ ) -la única dimensión que ha superado el punto-, la depresión ( $M=0,91$ ;  $SD= ,79$ ) y la ansiedad ( $M=0,88$ ;  $SD= ,88$ ). Las mayores puntuaciones medias en depresión y ansiedad son esperables, de acuerdo a la bibliografía teórica consultada, dado que es frecuente la adaptación al medio penitenciario lleve parejos episodios ansioso-depresivos. Sin embargo, la media más alta para ideación paranoide nos ofrece un resultado no esperado a priori, tal

vez una posible explicación pueda estar en que este constructo equivale a rasgos como la desconfianza y el recelo, características comunes al perfil medio de la población penitenciaria.

Por su parte, las medias más bajas las encontramos en las dimensiones de ansiedad fóbica ( $M=0,39$ ;  $SD= ,51$ ) y somatización ( $M=,55$ ;  $SD= ,71$ ), lo que nos indica que esta población es poco propensa a tener ansiedad relacionada directamente con algún tipo de fobia, y también que no es una muestra que tienda a somatizar físicamente los problemas o dificultades que pueda atravesar durante su estancia en prisión.

En lo que se refiere a las *quejas de salud subjetiva*, la valoración del cuestionario se ha realizado a partir de la suma no ponderada de puntuaciones para los 29 ítems que forman el mismo, con respuesta tipo likert 0 – 3, y un rango posible de 0 a 87 puntos, por lo que a mayor puntuación más quejas de salud percibida por parte del interno. La puntuación media para esta muestra, como vemos, ha sido de 12,9, tendente a baja, por tanto. De hecho, la puntuación más alta en esta muestra ha estado en los 54 puntos, lejos de los 87 de límite máximo. No obstante, la variabilidad entre las puntuaciones de la muestra sí que ha sido alta, con una desviación típica de 10,49.

Respecto de los niveles de *agresividad* de los internos participantes, la puntuación media más alta corresponde a la dimensión de ira ( $M=1,79$ ;  $SD= ,83$ ), seguida de la agresividad verbal ( $M=1,79$ ;  $SD= ,70$ ) y la hostilidad ( $M=1,78$ ;  $SD= ,63$ ), puntuaciones todas ellas moderadas, teniendo en cuenta que el rango del cuestionario oscila entre 1 y 5 puntos.

En relación con el *riesgo de suicidio* en la muestra estudiada, los resultados también se han realizado como suma no ponderada, a partir del Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Plutchik, de 15 ítems de tipo SI/NO. Teniendo en cuenta las indicaciones de Plutchik para la interpretación de los resultados, esto es, la existencia de un riesgo alto de suicidio a partir de los 7 puntos, vemos que la media de las puntuaciones para la muestra indicaría un riesgo medio-moderado ( $M=3,93$ ), con parte de esta muestra situada en un riesgo alto ( $SD=3,21$ ).

### 7.3. ANALISIS DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

Se ha efectuado un análisis de las correlaciones bivariadas entre las variables cuantitativas objeto de este estudio mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson (Véase tabla 7.3.0 en el apéndice) A continuación, se comentan las principales correlaciones encontradas, en tres bloques: a) En primer lugar se incluyen las matrices de correlaciones entre las subescalas de cada uno de los cuestionarios, a excepción del cuestionario de Molestias en Prisión y la Escala de Acontecimientos Estresantes adaptada, que ya se han comentado con anterioridad; b) Entre las variables antecedentes y el bienestar psicológico, y, c) Entre las dimensiones del bienestar y las consecuencias.

En las tablas que acompañan este desarrollo se han marcado en negrita las correlaciones significativas, indicando además con un asterisco los valores significativos bajo un nivel de confianza del 0,95 y con dos asteriscos los valores significativos bajo un nivel de confianza de 0,99.

#### a) Correlaciones entre las subescalas de los cuestionarios utilizados.

##### Bienestar psicológico

Las dimensiones del constructo de *bienestar psicológico* de Ryff muestran consistencia entre todas ellas con un nivel de significación por debajo del 0,01, siendo dicha consistencia moderada entre dimensiones como la autonomía y la autoaceptación ( $r = ,296$ ;  $p < 0,01$ ) o la autonomía y las relaciones positivas ( $r = ,307$ ;  $p < 0,01$ ), pero en general alta, a partir del ,50-,60, llegando a observar consistencia muy alta para la relación entre autoaceptación y bienestar psicológico ( $r = ,838$ ;  $p < 0,01$ ) o entre las variables de propósito en la vida y bienestar psicológico ( $r = ,842$ ;  $p < 0,01$ ). Los resultados de estas correlaciones se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 7.3.1. Correlaciones entre las dimensiones de l Bienestar Psicológico

|                         | 1             | 2             | 3             | 4        | 5 | 6 | 7 |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|----------|---|---|---|
| 1. Autoaceptación       | <b>1</b>      |               |               |          |   |   |   |
| 2. Relaciones positivas | <b>,398**</b> | <b>1</b>      |               |          |   |   |   |
| 3. Autonomía            | <b>,296**</b> | <b>,307**</b> | <b>1</b>      |          |   |   |   |
| 4. Propósito en la vida | <b>,827**</b> | <b>,341**</b> | <b>,276**</b> | <b>1</b> |   |   |   |

|                                 |        |        |        |        |        |        |   |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| 5. Dominio del entorno          | ,545** | ,422** | ,378** | ,559** | 1      |        |   |
| 6. Crecimiento personal         | ,539** | ,366** | ,393** | ,614** | ,530** | 1      |   |
| 7. Bienestar Psicológico Global | ,838** | ,631** | ,574** | ,842** | ,759** | ,775** | 1 |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral);

### **Trastornos de Personalidad**

Para los *trastornos de personalidad* evaluados a través del IPDE, se ha encontrado una correlación entre el trastorno límite y el antisocial de ,560 con una significación por debajo de 0,01.

### **Apoyo social**

En el caso de las dos escalas utilizadas para evaluar el *apoyo social*, observamos una intercorrelación moderada entre ambas, pero significativa (,363\*\*,  $p < 0,01$ ).

### **Recursos psicológicos**

Los *recursos psicológicos* del IRP-77 seleccionados para su evaluación en esta investigación muestran todos ellos una adecuada correlación entre sí, con valores moderados a altos, en un rango que oscila entre ,373 –correlación entre mentalidad abierta y vitalidad- y ,683 – correlación entre optimismo y solución de problemas- y con niveles de significación en todos los casos por debajo de 0,01. La siguiente tabla resume los resultados referidos a estas correlaciones.

**Tabla 7.3.2. Correlaciones entre los recursos psicológicos**

|                           | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. Optimismo              | 1      |        |        |        |        |        |        |        |
| 2. Valor                  | ,670** | 1      |        |        |        |        |        |        |
| 3. Vitalidad              | ,629** | ,570** | 1      |        |        |        |        |        |
| 4. Autocontrol            | ,679** | ,502** | ,412** | 1      |        |        |        |        |
| 5. Inteligencia emocional | ,630** | ,585** | ,475** | ,579** | 1      |        |        |        |
| 6. Solución de problemas  | ,683** | ,670** | ,525** | ,633** | ,712** | 1      |        |        |
| 7. Mentalidad abierta     | ,494** | ,468** | ,373** | ,584** | ,458** | ,574** | 1      |        |
| 8. Inteligencia social    | ,572** | ,520** | ,451** | ,530** | ,564** | ,589** | ,568** | 1      |
| Escala global             | ,847** | ,790** | ,715** | ,785** | ,793** | ,858** | ,726** | ,760** |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral);



## ■ Estrategias de afrontamiento

Todas las *estrategias de afrontamiento* que conforman la Escala reducida de Lázarus y Folkman muestran en esta investigación una consistencia adecuada entre sí, con una asociación más baja para el caso de la relación entre las variable huida-avoidancia y apoyo social ( $r = 0,176$ ;  $p < 0,05$ ), pero altas en el caso de la relación entre las subescalas de planificación realista y confrontación ( $r = ,596$ ;  $p < 0,01$ ) o entre el autocontrol y el distanciamiento ( $r = ,544$ ;  $p < 0,01$ ). Vemos además como los niveles de significación se sitúan por debajo de 0,01 en todas las asociaciones.

Por último, referir que todas ellas tienen un peso significativo y alto (por encima de ,70) sobre la variable global de recursos psicológicos. Vemos también como los pesos de las dimensiones sobre la variable global de estrategias de afrontamiento son también significativos y altos en todas las dimensiones, oscilando entre ,64 (huida-avoidancia) y ,78 (reevaluación positiva). A continuación, la tabla 7.3.3 muestra las correlaciones concretas entre todas estas subescalas.

Tabla 7.3.3. Correlaciones entre las subescalas de la Escala de Estrategias de Afrontamiento

|                               | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. Confrontación              | 1      |        |        |        |        |        |        |        |
| 2. Distanciamiento            | ,401** | 1      |        |        |        |        |        |        |
| 3. Autocontrol                | ,490** | ,544** | 1      |        |        |        |        |        |
| 4. Búsqueda apoyo social      | ,554** | ,282** | ,328** | 1      |        |        |        |        |
| 5. Aceptación responsabilidad | ,379** | ,315** | ,407** | ,360** | 1      |        |        |        |
| 6. Huida-avoidancia           | ,311** | ,460** | ,517** | ,176*  | ,451** | 1      |        |        |
| 7. Planificación realista     | ,596** | ,393** | ,424** | ,549** | ,397** | ,278** | 1      |        |
| 8. Reevaluación positiva      | ,450** | ,358** | ,511** | ,406** | ,573** | ,498** | ,553** | 1      |
| Escala global                 | ,733** | ,644** | ,730** | ,656** | ,710** | ,642** | ,745** | ,784** |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral);

## ■ Creencias sobre el mundo

Las subescalas que evalúan las *creencias del individuo sobre el mundo*, los otros y sobre sí mismo muestran unos niveles de consistencia moderados entre todas las dimensiones. Así

por ejemplo se observa una asociación tendente a alta de la subescala benevolencia de las personas con el resto de subescalas, especialmente con el autocontrol ( $r = ,408; p < 0,01$ ) o la suerte ( $r = ,360; p < 0,01$ ). Sin embargo, el azar o el automerecimiento no se relacionan con ninguna otra dimensión, salvo con la benevolencia de las personas. El resto de correlaciones oscila entre  $,166$  ( $p < 0,05$ ) y  $,562$  ( $p < 0,01$ ).

En cuanto a los pesos de cada una de las dimensiones sobre el total del cuestionario, vemos que los pesos son tendente a altos, aunque más moderados que en los cuestionarios anteriores, con valores por debajo de  $,50$  en las dimensiones de azar ( $r = ,442$ ) y automerecimiento ( $r = ,307$ ) y en torno a  $,60$  en el resto de dimensiones. La siguiente tabla detalla las correlaciones entre estas dimensiones.

**Tabla 7.3.4. Correlaciones de las subescalas de l cuestionario de Creencias Sobre el Mundo**

|                          | 1             | 2             | 3             | 4             | 5             | 6             | 7             | 8             |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1. Benevolencia mundo    | <b>1</b>      |               |               |               |               |               |               |               |
| 2. Benevolencia personas | <b>,560**</b> | <b>1</b>      |               |               |               |               |               |               |
| 3. Justicia              | <b>,298**</b> | <b>,229**</b> | <b>1</b>      |               |               |               |               |               |
| 4. Controlabilidad       | <b>,327**</b> | <b>,261**</b> | <b>,562**</b> | <b>1</b>      |               |               |               |               |
| 5. Azar                  | -0,01         | <b>,309**</b> | 0,15          | 0,07          | <b>1</b>      |               |               |               |
| 6. Automerecimiento      | -0,05         | <b>,196*</b>  | 0,15          | 0,12          | <b>,203**</b> | <b>1</b>      |               |               |
| 7. Autocontrol           | <b>,362**</b> | <b>,408**</b> | <b>,257**</b> | <b>,347**</b> | <b>,204**</b> | -0,03         | <b>1</b>      |               |
| 8. Suerte                | <b>,437**</b> | <b>,360**</b> | <b>,275**</b> | <b>,166*</b>  | 0,10          | 0,06          | <b>,336**</b> | <b>1</b>      |
| Escala global            | <b>,638**</b> | <b>,686**</b> | <b>,654**</b> | <b>,610**</b> | <b>,442**</b> | <b>,307**</b> | <b>,632**</b> | <b>,626**</b> |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

## Sintomatología psicopatológica

Las dimensiones de *sintomatología psicopatológica*, evaluadas a partir del Inventario Breve de Síntomas de Derogatis, presentan un patrón consistente de intercorrelaciones entre ellas, alcanzando correlaciones de hasta ,887 entre las subescalas de depresión y índice de severidad global o malestar psicológico, y observando cómo el valor mínimo de correlación es de ,446, para la relación entre ansiedad fóbica y hostilidad. El resto de correlaciones se mantienen en unos valores modelados-altos. Todas estas correlaciones tienen un nivel de significación por debajo del 0,01.

El problema de que la correlación entre las diferentes psicopatologías sea entre moderado y alto pueden indicar, como apuntan autores como Aragón, Bragado y Carrasco (2000) o Boulet y Boss, (1991), una falta de independencia de los factores, lo que impediría discriminar entre diferentes grupos de síntomas, es por ello que diversos trabajos defienden que el BSI estaría fundamentalmente constituido por una sola dimensión que mide el malestar psicológico general, lo que en nuestro modelo hemos equiparado al nivel de desgaste psicológico global.

**Tabla 7.3.5. Correlaciones entre las subescalas del Inventario Breve de Síntomas**

|                                | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | 9      | 10 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| 1. Somatización                | 1      |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 2. Obsesión-compulsión         | ,681** | 1      |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 3. Sensibilidad interpersonal  | ,496** | ,665** | 1      |        |        |        |        |        |        |    |
| 4. Depresión                   | ,585** | ,702** | ,659** | 1      |        |        |        |        |        |    |
| 5. Ansiedad                    | ,701** | ,714** | ,637** | ,749** | 1      |        |        |        |        |    |
| 6. Hostilidad                  | ,531** | ,532** | ,421** | ,499** | ,628** | 1      |        |        |        |    |
| 7. Ansiedad fóbica             | ,572** | ,633** | ,593** | ,655** | ,687** | ,446** | 1      |        |        |    |
| 8. Ideación paranoide          | ,448** | ,565** | ,719** | ,625** | ,633** | ,449** | ,549** | 1      |        |    |
| 9. Psicoticismo                | ,587** | ,674** | ,662** | ,751** | ,724** | ,575** | ,657** | ,631** | 1      |    |
| 10. Índice de Severidad Global | ,759** | ,844** | ,803** | ,856** | ,887** | ,693** | ,777** | ,776** | ,855** | 1  |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral);

## Conducta agresiva

En el caso de las variables relacionadas con el *nivel de agresividad*, las correlaciones han sido significativas y tendentes a altas entre todas ellas, aunque menores (en torno a ,50) para la dimensión de hostilidad con el resto de dimensiones. El peso de las mismas sobre el nivel global de agresividad ha sido muy alto, alcanzado el ,901 en el caso de la ira, y el ,77 para hostilidad como valor más bajo.

**Tabla 7.3.6. Correlaciones entre las dimensiones del Cuestionario de Agresividad**

|                       | 1             | 2             | 3             | 4             | 5 |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|
| 1. Agresividad física | <b>1</b>      |               |               |               |   |
| 2. Agresividad verbal | <b>,648**</b> | <b>1</b>      |               |               |   |
| 3. Ira                | <b>,724**</b> | <b>,698**</b> | <b>1</b>      |               |   |
| 4. Hostilidad         | <b>,569**</b> | <b>,536**</b> | <b>,599**</b> | <b>1</b>      |   |
| 5. Global             | <b>,871**</b> | <b>,847**</b> | <b>,901**</b> | <b>,777**</b> |   |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral);

**b) Correlaciones de las dimensiones del bienestar psicológico con las variables sociodemográficas, de personalidad y antecedentes (demandas y recursos).**

En relación con las variables incluidas en esta investigación de tipo cuantitativo y consideradas como variables antecedentes del bienestar psicológico del individuo, señalamos a continuación los resultados de su asociación con las dimensiones del bienestar psicológico a partir de los análisis de correlaciones realizados.

**▣ Matriz de correlaciones entre variables sociodemográficas, trastornos de personalidad y bienestar psicológico.**

Como podemos observar en la tabla 7.3.7. en las *variables sociodemográficas* de edad y nivel de ingresos únicamente el nivel de ingresos muestra correlaciones consistentes con

todas las dimensiones del bienestar psicológico, salvo la dimensión de autonomía. La mayor de estas correlaciones es con la variable de relaciones positivas ( $r = ,315$ ;  $p < 0,01$ ), seguida de una correlación también tendente a alta con el bienestar psicológico global ( $r = ,284$ ;  $p < 0,01$ ).

En el caso de las variables relacionadas con los *trastornos de personalidad*, conviene referir se ha incluido variable cuantitativa como el número de rasgos positivos relacionados con cada trastorno. La tabla a continuación muestra que existe una asociación significativa entre el trastorno límite de personalidad y las dimensiones de relaciones positivas ( $r = -,226$ ;  $p < 0,01$ ), autonomía ( $r = -,163$ ;  $p < 0,05$ ), y con el bienestar psicológico general ( $r = -,164$ ;  $p < 0,05$ ), como vemos, las relaciones son de tipo inverso de manera que a más rasgos relacionados con este trastorno, peores niveles en las dimensiones señaladas, no obstante los valores del  $r$  de Pearson indican unas correlaciones entre bajas y muy bajas.

El trastorno antisocial sin embargo, muestra asociarse de forma significativa con todas las dimensiones del bienestar psicológico salvo el crecimiento personal y el nivel de autonomía. Esta relación está por encima de .30 en el caso de las relaciones positivas ( $r = -,343$ ,  $p < 0,01$ ) y por encima de ,20 en las dimensiones de autoaceptación ( $r = -,246$ ;  $p < 0,01$ ), dominio del entorno ( $r = -,230$ ,  $p < 0,01$ ) y el bienestar psicológico global ( $r = -,283$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabla 7.3.7. Correlaciones entre las variables sociodemográficas, trast. personalidad y el bienestar psicológico**

|                        | Edad del interno | Ingr. Prev. mensuales | Trastorno Límite de pers | Trastorno Antisocial |
|------------------------|------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| Autoaceptación         | -0,02            | <b>,193*</b>          | -,092                    | <b>-,246**</b>       |
| Relaciones positivas   | 0,11             | <b>,315**</b>         | <b>-,226**</b>           | <b>-,343**</b>       |
| Autonomía              | -0,06            | 0,12                  | <b>-,163*</b>            | -,146                |
| Propósito vida         | -0,02            | <b>,159*</b>          | -,079                    | <b>-,178*</b>        |
| Dominio entorno        | 0,02             | <b>,276**</b>         | -,055                    | <b>-,230**</b>       |
| Crecimiento personal   | 0,07             | <b>,220**</b>         | -,123                    | -,118                |
| Bienestar psic. global | 0,02             | <b>,284**</b>         | <b>-,164*</b>            | <b>-,283**</b>       |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \*la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

### Matriz de correlaciones entre estresores y bienestar psicológico

La tabla 7.3.8 a continuación muestra la matriz de correlaciones referida a los estresores y su asociación con el constructo de bienestar psicológico y sus dimensiones según el Modelo Multidimensional de Ryff..

Entre las *variables penales-penitenciarias* de tipo cuantitativo hemos considerado como estresores, encontramos la duración de la condena y los meses continuados en prisión. Se observa una asociación alta con dos de las dimensiones del bienestar psicológico, que son la autoaceptación ( $r = -.240$ ;  $p < 0,01$ , con la variable duración de la condena y  $r = -.207$ ,  $p < 0,01$  con la variable meses continuados en prisión; y el propósito en la vida  $r = -.220$ ;  $p < 0,01$  con la variable duración de la condena, y  $r = -.197$ ;  $p < 0,05$  para meses continuados en prisión), siendo en ambos casos una relación inversa, esto es, a más duración de la condena y más tiempo continuado en prisión menos niveles de autoaceptación y de propósito en la vida.

Para el resto de variables, podemos observar que los *acontecimientos estresantes* vividos por el sujeto únicamente correlacionan de forma significativa y negativa con la dimensión de relaciones positivas ( $r = -.231$ ,  $p < 0,01$ ). Los 5 factores obtenidos a partir del análisis factorial realizado en apartados anteriores no muestran correlación significativa (véase tabla 7.3.0 en apéndice) salvo en el caso del factor 1 “eventos positivos” y factor 5 “encarcelamiento y circunstancias relacionadas” que mantienen una correlación significativa pero tendente a baja con la dimensión de relaciones positivas ( $r = -.171$ ,  $p < 0,05$  y  $r = -.210$ ,  $p < 0,01$  respectivamente).

Podemos observar también cómo la variable *molestias en prisión* mantiene una correlación moderada a baja con la dimensión de autoaceptación siendo esta relación negativa, esto es, a más molestias en prisión, menos nivel de autoaceptación ( $r = -.185$ ,  $p < 0,05$ ) y con la dimensión de relaciones positivas, también de forma negativa ( $r = -.211$ ,  $p < 0,01$ ). En la tabla 7.3.0 (apéndice) se incluyen también las correlaciones con los factores obtenidos a partir del análisis factorial realizado previamente, y como podemos ver son significativas las asociaciones entre el factor relacionado con las “molestias por convivencia” y la dimensión de autoaceptación ( $r = -.203$ ,  $p < 0,05$ ); entre el factor referido a las “molestias por la normativa regimental” y la dimensión de relaciones positivas ( $r = -.182$ ,  $p < 0,05$ ) y entre el factor referido a relaciones cercanas y las dimensiones de relaciones positivas ( $r = -.304$ ,  $p < 0,01$ ) y de bienestar psicológico global ( $r = -.171$ ,  $p < 0,05$ ).

En el caso de la variable *nivel de estrés percibido*, que permite valorar el nivel de tensión al que está sometido el interno, encontramos una relación consistente con todas las dimensiones del bienestar psicológico, siendo esta asociación negativa para todas las dimensiones del modelo de bienestar de Ryff y con valores entre moderados y altos. El valor más alto es de la relación entre estrés percibido y bienestar psicológico global ( $r = -,302$ ,  $p < 0,01$ ) y la relación más moderada es la obtenida entre estrés percibido y dominio del entorno ( $r = -,180$ ,  $p < 0,05$ ), este último resultado resulta llamativo ya que lo esperable sería que existiera una relación más fuerte entre el nivel de estrés percibido del sujeto y su nivel de dominio del entorno, dado lo relacionadas que están, desde un punto de vista teórico, estas dos variables.

**Tabla 7.3.8. Correlaciones entre las variables antecedentes y las dimensiones del bienestar psicológico**

|                        | Dur. condena<br>(meses) | Meses cont.<br>prisión | Ac.<br>Estresantes | Molestias en<br>prisión | Estrés<br>percibido |
|------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|
| Autoaceptación         | <b>-,240**</b>          | <b>-,207**</b>         | -0,02              | <b>-,185*</b>           | <b>-,183*</b>       |
| Relaciones positivas   | 0,03                    | 0,01                   | <b>-,221**</b>     | <b>-,211**</b>          | <b>-,285**</b>      |
| Autonomía              | -0,03                   | -0,09                  | -0,02              | -0,04                   | <b>-,245**</b>      |
| Propósito vida         | <b>-,220**</b>          | <b>-,197*</b>          | 0,02               | -0,11                   | <b>-,233**</b>      |
| Dominio entorno        | 0,01                    | 0,02                   | -0,04              | -0,02                   | <b>-,180*</b>       |
| Crecimiento personal   | -0,03                   | -0,02                  | -0,05              | -0,07                   | <b>-,221**</b>      |
| Bienestar psic. global | -0,12                   | -0,12                  | -0,07              | -0,15                   | <b>-,302**</b>      |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \*la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

### Matriz de correlaciones entre los recursos y el bienestar psicológico

- **Apoyo social**

En el caso de las variables relacionadas con los *recursos externos* que consideramos que favorecen la adaptación del individuo al medio penitenciario, esto es, el apoyo social objetivo y subjetivo, observamos como ambas variables mantienen relación con las dimensiones del bienestar psicológico, especialmente en el apoyo social subjetivo.

En el caso del apoyo social objetivo vemos que su principal relación se produce con la dimensión de relaciones positivas ( $r = ,365$ ,  $p < 0,01$ ) mostrando una asociación alta y positiva con ésta; también se aprecia una relación significativa tendente a alta y positiva con la variable bienestar psicológico global ( $r = ,235$ ,  $p < 0,01$ ), y en menor medida se relaciona el apoyo social objetivo con las dimensiones de autoaceptación ( $r = ,161$ ,  $p < 0,05$ ) y propósito en la vida ( $r = ,183$ ,  $p < 0,05$ ).

Para el apoyo social subjetivo, su asociación a todas las dimensiones del bienestar psicológico muestra ser alta, significativa y positiva. La mayor de estas relaciones se da entre el apoyo social subjetivo y el nivel de bienestar psicológico global ( $r = ,534$ ;  $p < 0,01$ ), seguida de la dimensión de relaciones positivas, también con una correlación por encima de ,50 ( $r = ,519$ ;  $p < 0,01$ ) y la que menos, con la autonomía ( $r = ,248$ ,  $p < 0,01$ ) que se siguen manteniendo en un nivel tendente a alto.

**Tabla 7.3.9. Correlaciones entre el apoyo social y las dimensiones del bienestar psicológico**

|                        | Ap. Soc objetivo | Ap. Soc. subjetivo |
|------------------------|------------------|--------------------|
| Autoaceptación         | <b>,161*</b>     | <b>,467**</b>      |
| Relaciones positivas   | <b>,365**</b>    | <b>,519**</b>      |
| Autonomía              | 0,08             | <b>,248**</b>      |
| Propósito vida         | <b>,183*</b>     | <b>,391**</b>      |
| Dominio entorno        | 0,12             | <b>,308**</b>      |
| Crecimiento personal   | 0,13             | <b>,418**</b>      |
| Bienestar psic. global | <b>,235**</b>    | <b>,534**</b>      |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \*la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Las variables relacionadas con los *recursos personales* se recogen a continuación en las siguientes tablas, cada una de ellas según los grupos de variables de cada uno de los cuestionarios de recursos psicológicos, estrategias de afrontamiento y creencias sobre el mundo:



- **Recursos psicológicos**

Así, entre los *recursos psicológicos* incluidos en esta investigación y las dimensiones del bienestar psicológico se producen intercorrelaciones de forma consistente con casi todas las dimensiones de este constructo, salvo en los casos de la dimensión de autonomía, que no se relacionaría con el autocontrol ni con el automerecimiento de forma significativa, y en el caso de la dimensión de dominio del entorno, sin ninguna asociación significativa con los recursos psicológicos de vitalidad e inteligencia emocional. El resto de correlaciones es positivo y estadísticamente significativo, en la mayoría de los casos con un nivel de confianza por encima de ,99.

Los valores de estas correlaciones muestran que las asociaciones tienden a ser altas entre los recursos psicológicos y las dimensiones del constructo de bienestar psicológico, especialmente para el recurso de solución de problemas, con valores entre ,426 en su correlación con bienestar psicológico global ( $p < 0,01$ ); y ,238 en la correlación con la dimensión de autonomía ( $p < 0,01$ ); seguido del optimismo, con valores que oscilan entre ,211 en su relación con la dimensión de crecimiento personal ( $p < 0,01$ ); y ,374 en su relación con el bienestar psicológico global ( $p < 0,01$ ).

En tercer lugar vemos como la mentalidad abierta refleja relaciones significativas y positivas con todas las dimensiones del bienestar psicológico, siendo la menor de estas correlaciones con la dimensión de autonomía ( $r = ,178$ ,  $p < 0,05$ ) y la mayor con el bienestar psicológico global ( $r = ,368$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabla 7.3.10. Correlaciones entre los recursos psicológicos y las dimensiones del bienestar psicológico**

|                        | Optimismo | Valor  | Vitalidad | Autocontrol | I.Emocional | Sol. Problemas | Ment. Abierta | I. Social |
|------------------------|-----------|--------|-----------|-------------|-------------|----------------|---------------|-----------|
| Autoaceptación         | ,341**    | ,273** | ,231**    | ,298**      | ,307**      | ,377**         | ,340**        | 0,12      |
| Relaciones positivas   | ,290**    | 0,15   | ,170*     | ,353**      | ,192*       | ,253**         | ,266**        | 0,09      |
| Autonomía              | ,228**    | ,194*  | ,173*     | 0,15        | 0,12        | ,238**         | ,178*         | 0,09      |
| Propósito vida         | ,311**    | ,229** | ,278**    | ,274**      | ,262**      | ,347**         | ,268**        | 0,1       |
| Dominio entorno        | ,267**    | ,202*  | 0,12      | ,233**      | 0,13        | ,293**         | ,262**        | 0,09      |
| Crecimiento personal   | ,211**    | ,236** | ,195*     | ,212**      | ,209**      | ,370**         | ,311**        | 0,15      |
| Bienestar psic. global | ,374**    | ,291** | ,269**    | ,346**      | ,283**      | ,426**         | ,368**        | 0,14      |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \*la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

- **Estrategias de afrontamiento**

En el caso de las *estrategias de afrontamiento* evaluadas en este estudio, vemos en la tabla 7.3.11, y en contra de lo esperado, como su relación con las dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff no es significativa en la mayoría de las relaciones, por lo que vemos una asociación insuficiente entre ambos constructos, aunque los análisis posteriores permitirán ahondar en estos resultados..

Las excepciones las encontraríamos en el caso de la estrategia de huida-avoidancia, con una asociación inversa y significativa con las dimensiones de relaciones positivas ( $r = -.159$ ,  $p < 0,05$ ), autonomía ( $r = -.308$ ,  $p < 0,01$ ) y crecimiento personal ( $r = -.214$ ,  $p < 0,01$ ), relaciones por tanto entre moderadas y altas. La reevaluación positiva se asocia de forma inversa con la dimensión de autonomía ( $r = -.188$ ,  $p < 0,05$ ) y la subescala de aceptación de responsabilidad se relaciona de forma positiva con la estrategia de dominio del entorno ( $r = .226$ ;  $p < 0,01$ ) de modo que a más aceptación de la responsabilidad mejor nivel en el control del entorno y contexto que rodea al individuo.

**Tabla 7.3.11. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del bienestar psicológico**

|                        | Confrontación | Distancia miento | Auto control | Apoyo Social | Acept. responsabilidad | Huida y evitación | Planif. realista | Reev. positiva |
|------------------------|---------------|------------------|--------------|--------------|------------------------|-------------------|------------------|----------------|
| Autoaceptación         | 0,07          | 0,05             | 0,13         | -0,02        | 0,06                   | -0,01             | 0,06             | 0,11           |
| Relaciones positivas   | 0,09          | -0,02            | 0,02         | 0,13         | 0,08                   | <b>-,159*</b>     | 0,12             | 0,06           |
| Autonomía              | -0,02         | -0,11            | -0,14        | -0,05        | -0,13                  | <b>-,308**</b>    | 0,02             | <b>-,188*</b>  |
| Propósito vida         | 0,13          | 0,02             | 0,14         | 0,05         | 0,09                   | 0,02              | 0,06             | 0,1            |
| Dominio entorno        | 0,14          | -0,02            | 0,14         | 0,09         | <b>,226**</b>          | -0,07             | 0,15             | 0,06           |
| Crecimiento personal   | 0,05          | 0,01             | 0,03         | 0,03         | -0,05                  | <b>-,214**</b>    | 0,06             | -0,04          |
| Bienestar psic. global | 0,1           | -0,01            | 0,08         | 0,05         | 0,06                   | -0,15             | 0,1              | 0,03           |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \*la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

- **Creencias sobre el mundo**

Las últimas variables consideradas como recursos personales en esta investigación las conforman las *subescalas del Cuestionario de Creencias sobre el Mundo*. Las correlaciones entre estas subescalas y las dimensiones del bienestar psicológico se recogen en la tabla 7.3.12.

Entre las subescalas que conforman el cuestionario de creencias sobre el mundo, podemos observar como no se produce un patrón de intercorrelaciones consistente con las dimensiones del bienestar psicológico. Únicamente la dimensión de autocontrol se muestra más consistente, con correlaciones positivas y tendentes a altas para todas las dimensiones del bienestar, salvo en la dimensión de autonomía que no llega a ser estadísticamente significativa, y para la dimensión de relaciones positivas, con un valor moderado ( $r = ,193$ ,  $p < 0,05$ ), llegando a alcanzar la asociación el  $,365$  ( $p < 0,01$ ) en su relación con la dimensión de autoaceptación.

La subescala de automerecimiento también parece asociarse de forma significativa con algunas de las dimensiones del bienestar, en concreto con la autoaceptación ( $r = ,183$ ,  $p < 0,05$ ), la autonomía ( $r = ,166$ ,  $p < 0,05$ ), el crecimiento personal ( $r = ,195$ ,  $p < 0,05$ ) y el bienestar psicológico global ( $r = ,193$ ,  $p < 0,05$ ), pero como vemos, la fuerza de estas correlaciones es sólo moderada.

Por dimensiones del bienestar psicológico, se aprecia cómo la autoaceptación es la que más relaciones establece, en concreto con las dimensiones de benevolencia del mundo ( $r = ,170$ ,  $p < 0,05$ ), benevolencia de las personas ( $r = ,304$ ,  $p < 0,01$ ), azar ( $r = ,165$ ,  $p < 0,05$ ), automerecimiento ( $r = ,183$ ,  $p < 0,05$ ) y suerte ( $r = ,176$ ,  $p < 0,05$ ) además de con la ya mencionada subescala de autocontrol ( $r = ,365$ ,  $p < 0,01$ ).

Y la variable de bienestar psicológico global se relaciona de forma moderada con las subescalas de benevolencia del mundo ( $r = ,173$ ,  $p < 0,05$ ), benevolencia de las personas ( $r = ,188$ ,  $p < 0,05$ ), automerecimiento ( $r = ,193$ ,  $p < 0,05$ ), y con una asociación más fuerte en el caso del autocontrol ( $r = ,324$ ,  $p < 0,01$ ).

### 7.3.12. Correlaciones entre las creencias sobre el mundo y las dimensiones del bienestar psicológico

|  | Benevolencia mundo | Benevolencia personas | Justicia | Controla bilidad | Azar | Autome recimiento | Autocontrol | Suerte |
|--|--------------------|-----------------------|----------|------------------|------|-------------------|-------------|--------|
|--|--------------------|-----------------------|----------|------------------|------|-------------------|-------------|--------|

|                        |       |        |      |       |       |        |        |       |
|------------------------|-------|--------|------|-------|-------|--------|--------|-------|
| Autoaceptación         | ,170* | ,304** | 0,14 | 0,09  | ,165* | -,183* | ,365** | ,176* |
| Relaciones positivas   | ,171* | 0,07   | 0,02 | 0,01  | -0,02 | -0,12  | ,193*  | -0,01 |
| Autonomía              | 0,08  | -0,04  | 0,04 | 0,01  | -0,14 | -,166* | 0,07   | 0,06  |
| Propósito vida         | 0,09  | ,214** | 0,15 | 0,04  | 0,11  | -0,09  | ,324** | 0,15  |
| Dominio entorno        | 0,12  | 0,13   | 0,12 | 0,05  | 0,04  | -0,11  | ,214** | ,170* |
| Crecimiento personal   | 0,12  | 0,1    | 0,02 | -0,07 | 0,06  | -,195* | ,222** | 0,11  |
| Bienestar psic. global | ,173* | ,188*  | 0,11 | 0,03  | 0,06  | -,193* | ,324** | 0,15  |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \*la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

### c) Correlaciones entre el bienestar psicológico y sus consecuencias.

En la siguiente tabla se recogen las relaciones entre las dimensiones del bienestar psicológico y las diferentes subescalas relacionadas con la sintomatología psicopatológica del individuo.

#### ▣ Matriz de correlaciones entre el bienestar psicológico y la sintomatología psicopatológica

Como podemos ver en la tabla 7.3.13, todas las relaciones entre estos conjuntos de variables son negativas, y en la mayoría de los casos con un nivel de correlación significativo.

Destaca, en primer lugar, la relación entre el bienestar psicológico global y el índice de severidad global, que es alta e inversa ( $r = -,395$ ,  $p < 0,01$ ).

En el caso del *índice de severidad global*, observamos cómo se asocia también de forma significativa con todas las dimensiones del bienestar psicológico, siendo los valores de estas correlaciones entre moderados y altos, desde  $-,200$  para la asociación con el crecimiento personal ( $p < 0,05$ ) hasta  $-,416$  para su relación con la dimensión de relaciones positivas.

Por su parte, el bienestar psicológico global correlaciona también de forma significativa con todas las subescalas relacionadas con la sintomatología psicopatológica del individuo. Los valores en este caso oscilan entre  $-,193$  en la correlación con la somatización ( $p < 0,05$ ), y  $-,384$  en su asociación con la sensibilidad interpersonal ( $p < 0,01$ ), y para el resto de subescalas son tendentes a altos, por encima de  $,33$ , salvo en los casos de ansiedad ( $r = -,279$ ,  $p < 0,01$ ) y hostilidad ( $r = -,234$ ,  $p < 0,01$ ).

Haciendo un breve análisis por cada una de las subescalas de sintomatología psicopatológica en su relación con las dimensiones de bienestar psicológico, destacan las siguientes correlaciones:

- La variable *somatización* se relaciona únicamente con las dimensiones de autoaceptación ( $r = -,210, p < 0,01$ ) y dominio del entorno ( $r = ,188, p < 0,05$ ).
- La subescala de *obsesión-compulsión* se relaciona con todas las dimensiones del bienestar de forma significativa, oscilando los valores de esta relación entre  $-,202$  ( $p < 0,05$ ) para la dimensión de crecimiento personal, y  $-,354$  ( $p < 0,01$ ) para la de relaciones positivas.
- En el caso de la subescala de *sensibilidad interpersonal*, también se observan intercorrelaciones consistentes con todas las dimensiones del bienestar psicológico, siendo la más baja de nuevo con el crecimiento personal ( $r = -,227, p < 0,01$ ) y la más alta con relaciones positivas ( $r = -,357, p < 0,01$ ).
- La *depresión* se asocia con todas las dimensiones del bienestar psicológico, salvo con el crecimiento personal. La relación más fuerte se da con la dimensión de relaciones positivas ( $r = -,369, p < 0,01$ ) y la más débil con dominio del entorno ( $r = -,205, p < 0,01$ ).
- En lo que se refiere a la subescala de *ansiedad*, la principal relación la mantiene con la dimensión de relaciones positivas ( $r = -,330, p < 0,01$ ) y la relación más débil con propósito en la vida ( $r = -,174, p < 0,05$ ).
- La variable *hostilidad* se relaciona únicamente de forma significativa con las dimensiones de autoaceptación ( $r = -,186, p < 0,05$ ), relaciones positivas ( $r = -,289, p < 0,01$ ) y crecimiento personal ( $r = -,183, p < 0,05$ ).
- Para la subescala de *ansiedad fóbica*, las correlaciones son consistentes con todas las dimensiones del bienestar psicológico, salvo para crecimiento personal que no llega a ser significativa, y entre baja y moderada, pero significativa, para autonomía ( $r = -,163, p < 0,01$ ). La asociación más alta la encontramos de nuevo con la dimensión de relaciones positivas ( $r = -,358, p < 0,01$ ).
- La asociación de la variable *ideación paranoide* es significativa con todas las dimensiones del bienestar psicológico, en especial con la dimensión de relaciones positivas ( $r = -,438, p < 0,01$ ) que resulta ser además el valor más alto de todas las correlaciones entre estos grupos de variables. La asociación más débil en esta subescala la encontramos con la dimensión de propósito en la vida ( $r = -,185, p < 0,05$ ).

- Para la subescala de *psicoticismo* observamos cómo mantiene intercorrelaciones consistentes con todas las dimensiones con la salvedad de la dimensión de autonomía. La más fuerte de estas asociaciones se da con la dimensión de relaciones positivas ( $r = -.376$ ,  $p < 0,01$ ) y la más débil con crecimiento personal ( $r = -.192$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabla 7.3.13. Correlaciones entre las dimensiones del bienestar psicológico y las variables de salud mental**

|                                  | Autoaceptación | Rel positivas | Autonomía | Propósito vida | Dominio entorno | Crec personal | Bienestar psic. global |
|----------------------------------|----------------|---------------|-----------|----------------|-----------------|---------------|------------------------|
| Somatización                     | -.210**        | -0,15         | -0,14     | -0,15          | -.188*          | -0,02         | -.193*                 |
| Obsesión compulsión              | -.323**        | -.354**       | -.298**   | -.243**        | -.241**         | -.202*        | -.373**                |
| Sensibilidad interpersonal       | -.271**        | -.357**       | -.324**   | -.256**        | -.290**         | -.227**       | -.384**                |
| Depresión                        | -.314**        | -.369**       | -.260**   | -.231**        | -.205**         | -0,15         | -.345**                |
| Ansiedad                         | -.218**        | -.330**       | -.206**   | -.174*         | -.196*          | -0,12         | -.279**                |
| Hostilidad                       | -.186*         | -.289**       | -0,12     | -0,14          | -0,13           | -.183*        | -.234**                |
| Ansiedad fóbica                  | -.309**        | -.358**       | -.163*    | -.280**        | -.260**         | -0,15         | -.344**                |
| Ideación paranoide               | -.220**        | -.438**       | -.211**   | -.185*         | -.273**         | -.215**       | -.342**                |
| Psicoticismo                     | -.349**        | -.376**       | -0,15     | -.266**        | -.262**         | -.192*        | -.363**                |
| Ind. gnral. malestar psicológico | -.333**        | -.416**       | -.261**   | -.270**        | -.275**         | -.200*        | -.395**                |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \*la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

### **Matriz de correlaciones entre el bienestar psicológico y las conductas desadaptadas.**

En la tabla 7.3.14 que se incluye a continuación se recoge las correlaciones entre las dimensiones de bienestar psicológico y las consecuencias sobre la conducta desadaptadas que se han incluido en este trabajo, esto es, las quejas de salud percibida, la conducta agresiva y el riesgo de suicidio en la población reclusa.

En el caso de la variable *quejas de salud subjetiva* observamos como intercorrelaciona de forma consistente y significativa con todas las dimensiones de bienestar psicológico, especialmente con el bienestar psicológico global ( $r = -.260$ ,  $p < 0,01$ ) y con la dimensión de autoaceptación ( $r = -.270$ ,  $p < 0,01$ ) y con valores más moderados en el caso de su asociación con la dimensión de crecimiento personal ( $r = -.156$ ,  $p < 0,05$ ) y autonomía ( $r = -.159$ ,  $p < 0,05$ ).

Para las dimensiones incluidas al evaluar el *nivel de agresividad del individuo*, podemos ver como las correlaciones han resultado menos significativas respecto de las dimensiones del bienestar psicológico. Así la *agresividad física* se relaciona de forma tendente a alta e inversa con la autoaceptación ( $r = -.26$ ,  $p < 0,01$ ) y moderada con el bienestar psicológico global ( $r = -.159$ ,  $p < 0,05$ ). En el caso de la *agresividad verbal*, no se han establecido relaciones estadísticamente significativas con ninguna de las dimensiones que conforman el constructo de bienestar psicológico. La dimensión de *ira* sí que se relaciona, pero únicamente con la dimensión de relaciones positivas ( $r = -.271$ ,  $p < 0,01$ ) y con el bienestar psicológico global ( $r = -.162$ ,  $p < 0,05$ ). Y por último, la dimensión de *hostilidad* mantiene asociaciones significativas e inversas con las dimensiones de autoaceptación, más moderada ( $r = -.176$ ,  $p < 0,05$ ); y con las de relaciones positivas, alta ( $r = -.332$ ,  $p < 0,01$ ) y autonomía ( $r = -.236$ ,  $p < 0,01$ ), además de con la variable de bienestar psicológico global ( $r = -.263$ ,  $p < 0,01$ ).

Por último, la variable *riesgo de suicidio* muestra una relación significativa, inversa y consistente con todas las dimensiones del bienestar psicológico. Su relación es especialmente fuerte con la dimensión de autoaceptación ( $r = -.390$ ,  $p < 0,01$ ) y con la variable de bienestar psicológico global ( $r = -.386$ ,  $p < 0,01$ ) y algo más moderada con las dimensiones de autonomía ( $r = -.187$ ,  $p < 0,05$ ) y crecimiento personal ( $r = -.208$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabla 7.3.14. Correlaciones entre las dimensiones del bienestar psicológico y las conductas desadaptadas**

|                          | Autoaceptación | Rel. positivas | Autonomía      | Prop. vida     | Dom. entorno   | Crec. personal | Bienestar psic. general |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------|
| Salud percibida          | <b>-,270**</b> | <b>-,179*</b>  | <b>-,159*</b>  | <b>-,209**</b> | <b>-,166*</b>  | <b>-,156*</b>  | <b>-,260**</b>          |
| Nivel global agresividad | -,140          | <b>-,280**</b> | -,134          | -,114          | -,116          | -,100          | <b>-,197*</b>           |
| Agresividad física       | -,101          | <b>-,226**</b> | -,082          | -,092          | -,102          | -,109          | <b>-,159*</b>           |
| Agresividad verbal       | -,114          | -,131          | -,018          | -,075          | -,082          | -,022          | -,101                   |
| Ira                      | -,097          | <b>-,271**</b> | -,130          | -,080          | -,074          | -,076          | <b>-,162*</b>           |
| Hostilidad               | <b>-,176*</b>  | <b>-,332**</b> | <b>-,236**</b> | -,151          | -,149          | -,138          | <b>-,263**</b>          |
| Suicidio                 | <b>-,390**</b> | <b>-,313**</b> | <b>-,187*</b>  | <b>-,328**</b> | <b>-,259**</b> | <b>-,208**</b> | <b>-,386**</b>          |

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \*la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

## **7.5. ANALISIS DE VARIANZA MULTIVARIADO: MANOVA**

### **a) MANOVA entre las variables sociodemográficas y de trastornos de personalidad y las dimensiones del bienestar psicológico.**

Con el fin de examinar la influencia que el conjunto de variables previas al encarcelamiento - variables sociodemográficas y trastornos de personalidad- tienen sobre el bienestar psicológico global y sus seis dimensiones, de acuerdo con el Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico propuesto por Ryff (1989), se ha llevado a cabo un análisis multivariado (MANOVA). Esta técnica permite ejercer el control sobre el error tipo I (la probabilidad de rechazar una hipótesis que en realidad es verdadera). La protección contra el error tipo I que proporciona el MANOVA es mayor a medida que aumentan las correlaciones entre las variables dependientes (Balluerca y Vergara, 2002).

Para realizar el MANOVA se han tomado tanto las variables sociodemográficas, como las de personalidad, como variables independientes y las dimensiones del bienestar psicológico y su medida global como variables dependientes. En el caso de la edad y el nivel de ingresos mensuales previos se han utilizados las variables creadas por grupos de edad y por grupos según nivel de ingresos económicos. Para los trastornos límite y antisocial de la personalidad la variable incluida diferencia entre grupo de internos que sí son susceptibles de presentar el trastorno (más de tres ítems positivos) y grupo de internos que no.

Como criterio para la contrastación de la significación a un nivel multivariado se ha empleado el lambda de Wilks, junto con la raíz mayor de Roy. Se ha dado mayor importancia al lambda de Wilks, ya que el contraste de la raíz mayor de Roy se ve más fácilmente afectado por incumplimientos de los supuestos básicos para el MANOVA, sin embargo, debido a que el contraste de Roy es más adecuado cuando existe una fuerte correlación entre las variables dependientes, se ha incluido como objeto de cálculo ante la posibilidad de que en algún caso aislado pueda resultar más útil que el criterio de Wilks.

Previamente, con el fin de analizar el supuesto de igualdad de matrices de varianzas se ha empleado la prueba de Levene. Los resultados de esta prueba muestran si existen diferencias en la varianza error de las variables dependientes en todos los grupos. Los resultados



obtenidos han mostrado que en este caso las variables dependientes elegidas no superan el contraste de Levene, los resultados del análisis multivariado de varianza debe ser cuidadosamente vigilado.

Junto a los contrastes multivariados se han llevado a cabo test univariados con el fin de examinar más detenidamente los resultados para cada una de las variables dependientes de forma separada. Y por último, para identificar los niveles de las variables independientes que difieren entre sí en relación con su nivel alcanzado en las variables dependientes, se ha empleado la prueba de Scheffé (1953) que no exige que los tamaños muestrales sean iguales, y también la prueba de Tukey (1953) que permite detectar mejor las diferencias significativas aunque exige que los tamaños muestrales sean iguales. . A continuación se muestran los resultados del contraste de significación multivariada.

La tabla 7.4.1 presenta los resultados del MANOVA realizado sobre las dimensiones del bienestar psicológico según han sido evaluadas a través del Cuestionario de Bienestar Psicológico.

**Tabla 7.4.1. Contrastes multivariados para las variables sociodemográficas y trastorno de personalidad**

|                                      |                   | Valor | F            | Gl de la hipótesis | Gl del error | Sig.        |
|--------------------------------------|-------------------|-------|--------------|--------------------|--------------|-------------|
| Edad del interno                     | Lambda de Wilks   | ,638  | 1,206        | 24,00              | 210,52       | ,240        |
|                                      | Raíz mayor de Roy | ,243  | <b>2,550</b> | 6,00               | 63,00        | <b>,028</b> |
| Cultura                              | Lambda de Wilks   | ,764  | ,945         | 18,00              | 170,19       | ,526        |
|                                      | Raíz mayor de Roy | ,191  | 1,976        | 6,00               | 62,00        | ,083        |
| Nivel de ingresos mensuales previos  | Lambda de Wilks   | ,679  | 1,384        | 18,00              | 170,19       | ,145        |
|                                      | Raíz mayor de Roy | ,282  | <b>2,917</b> | 6,00               | 62,00        | <b>,014</b> |
| Consumo de drogas                    | Lambda de Wilks   | ,868  | ,735         | 12,00              | 120,00       | ,715        |
|                                      | Raíz mayor de Roy | ,103  | 1,050        | 6,00               | 61,00        | ,402        |
| Trastorno Límite de Personalidad     | Lambda de Wilks   | ,985  | ,151         | 6,00               | 60,00        | ,988        |
|                                      | Raíz mayor de Roy | ,015  | ,151         | 6,00               | 60,00        | ,988        |
| Trastorno Antisocial de Personalidad | Lambda de Wilks   | ,952  | ,499         | 6,00               | 60,00        | ,806        |
|                                      | Raíz mayor de Roy | ,050  | ,499         | 6,00               | 60,00        | ,806        |

Como se aprecia en la tabla anterior, el sistema no ha arrojado diferencias significativas a partir del criterio Lambda de Wilks, pero sí a partir de la Raíz mayor de Roy en las variables independientes de *edad* ( $F = 2,55$ ;  $p = 0,028$ ), y *nivel de ingresos económicos* ( $F = 2,91$ ,  $p = 0,014$ ). La siguiente tabla permite analizar en mayor profundidad la naturaleza de la relación entre las variables independientes y dependientes propuestas.

**Tabla 7.4.2. Resultado de los test F univariados entre las variables sociodemográficas**

|                                      | Autoaceptación | Rel.positivas | Autonomía | Prop.vida | Dom.entorno    | Crec.personal | Bienestar psic. general |
|--------------------------------------|----------------|---------------|-----------|-----------|----------------|---------------|-------------------------|
| Edad del interno                     | ,801           | 1,955         | ,621      | ,643      | ,416           | ,588          | ,323                    |
| Cultura                              | 1,348          | 2,133         | ,858      | 1,464     | ,332           | ,461          | 1,267                   |
| Nivel de ingresos mensuales previos  | ,795           | 1,376         | 2,201     | ,426      | <b>4,194**</b> | 1,686         | 1,814                   |
| Consumo de drogas                    | 2,251          | 1,588         | ,331      | 1,373     | ,883           | ,184          | 1,062                   |
| Trastorno Límite de Personalidad     | ,254           | ,007          | ,302      | ,163      | ,147           | ,294          | ,114                    |
| Trastorno Antisocial de Personalidad | ,306           | ,195          | ,107      | ,005      | 1,024          | ,289          | ,057                    |

\*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; +  $p < 0,10$

Como se observa, los tests univariados muestran diferencias significativas en una única dimensiones del bienestar en función de una sola variable, el *nivel de ingresos económicos*. Así, la variable que más contribuye a la diferencia global señalada en la dimensión de *dominio del entorno* es el *nivel de ingresos* ( $F=4,19, p < 0,01$ ).

### Variables sociodemográficas y bienestar psicológico

Los análisis pos hoc se han realizado a partir de las pruebas de Scheffé y Tuckey. La siguiente tabla recoge únicamente los resultados de la prueba de Scheffé que han resultado significativos para las variables sociodemográficas. La prueba de Tukey no ofrece relaciones significativas entre grupos distintas de las encontradas a partir de Scheffé.

**Tabla 7.4.3. Test de Scheffé. Diferencia de medias significativas**

|                        |            |             | Autoacep-<br>tación | Rel.<br>positivas | Prop.<br>v<br>ida      | Dom.<br>entorno | Crec.<br>personal      | Bienestar<br>psic.<br>general |
|------------------------|------------|-------------|---------------------|-------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-------------------------------|
| Cultura                | Española   | Países Este | --                  | <b>-1,12*</b>     | --                     | --              | --                     | --                            |
| Ingresos<br>económicos | Ninguno    | Medio       | <b>-,63*</b>        | <b>-,69**</b>     | --                     | --              | --                     | <b>-,71**</b>                 |
|                        |            | Alto        | --                  | <b>-,87*</b>      | --                     | <b>-,88*</b>    | <b>-,98*</b>           | <b>-,88*</b>                  |
| Consumo Drogas         | No consumo | Habitual    | <b>,69**</b>        | <b>,44*</b>       | <b>,48<sup>+</sup></b> | --              | --                     | <b>,55*</b>                   |
|                        | Esporádico | Habitual    | <b>,69**</b>        | <b>,42*</b>       | <b>,48*</b>            | --              | <b>,45<sup>+</sup></b> | <b>,57**</b>                  |

\*\*p<0,01; \*p<0,05; <sup>+</sup>p<0,10

Según los resultados del contraste utilizando la prueba Scheffé, se pueden apreciar diferencias significativas entre varios niveles de variables más allá de la única variable significativa –nivel de ingresos económicos- apreciada en los test F univariados que acabamos de señalar:

- La variable *edad*, según los grupos determinados para su estudio, no influye de forma significativa en ninguna de las dimensiones del bienestar psicológico.
- En el caso de la variable *cultura*, únicamente los presos de Países del Este muestran, de forma significativa, un mejor nivel en la dimensión relaciones personales (M = 5,00; SD = 1,15) que los internos de cultura española (M = 3,85; SD = 1,01) lo cual iría en el sentido contrario a la hipótesis que hemos planteado para la relación entre cultura y bienestar psicológico.
- La variable de *ingresos económicos mensuales*, influye de forma significativa sobre varias de las dimensiones del bienestar psicológico. Los internos que no perciben ingresos de ningún tipo tienen un nivel de *bienestar psicológico general* significativamente inferior (M= 3,80; SD = 0,77) que los internos que cobran entre 800 y 1600€(M = 4,36; SD = 0,76) y más de 1600€(M = 4,50; SD = 0,67). También se observa que tienen un peor funcionamiento en lo que se refiere a las *relaciones positivas* con los demás (M = 3,43; SD = 0,92) que los internos que percibían entre 800 y 1600€(M = 4,14; SD = 1) y más de 1600€(M = 4,33; SD = 1,19). Se ha apreciado también diferencias importantes en la *aceptación* que tiene el interno de sí mismo, peor entre aquellos que no cobraban nada (M = 3,55; SD = 1,17) y los que

cobraban entre 800 y 1600€ (M=4,31; SD = 1,23). En los niveles de *dominio del entorno* o medio en que se encuentran, los internos con un nivel mayor de ingresos muestran un mejor nivel en el dominio de su entorno (M = 4,72;SD = ,60) que los internos que no tenían ningún tipo de percepción económica antes de entrar en prisión (M = 3,92; SD = 0,92). En cuanto a la dimensión de *crecimiento personal* la diferencia es significativamente inferior entre los internos sin ingresos (M = 4,12;SD = 1,07) y aquellos con ingresos superiores a 1600€ mensuales (M = 5,13; SD = 0,64).

- La variable *consumo de drogas* influye de forma importante en varias de las dimensiones del bienestar psicológico mostrando como los internos que consumen de forma habitual son los que peores niveles de autoaceptación (M= 3,58; SD = 1,02); relaciones positivas con los demás (M = 3,68; SD = 1), propósitos en la vida (M = 3,95; SD = 1,02); crecimiento personal (M = 4,28; SD = 0,95) y bienestar psicológico general (M = 3,95; SD = 0,62) tienen, bien respecto de los no consumidores de drogas, que puntúan significativamente mejor que ellos en autoaceptación (M = 4,34; SD = 1,26); relaciones positivas (M = 4,14; SD = 0,99); propósito en la vida (M = 4,54; SD = 1,3) y bienestar psicológico en general (M = 4,39; SD = 0,85); bien respecto de los consumidores esporádicos, con mejores niveles significativos que los consumidores habituales en las dimensiones de autoaceptación (M = 4,41; SD = 1,22); relaciones positivas (M = 4,14; SD = 1,04); propósito en la vida (M = 4,55; SD = 1,34); crecimiento personal (M = 4,75; SD = 1,09) y bienestar psicológico global (M = 4,4; SD = 0,85).

### **Trastornos de personalidad y bienestar psicológico**

El análisis pos hoc o posterior para comprobar la influencia de las variables independientes de *trastornos de personalidad límite y antisocial* sobre el bienestar psicológico y sus dimensiones, se ha realizado a partir de la prueba t de Student. Esta prueba estadística permite comparar si hay diferencias significativas entre las puntuaciones medias del bienestar psicológico entre el grupo de internos que no son susceptibles de tener trastorno de personalidad, sea límite o antisocial, y el grupo que sí que tiene probabilidad de padecerlo.

Los resultados se incluyen en la tabla 7.4.4 e incluyen únicamente las variables en las que se han encontrado diferencias significativas. Se observa como la principal dimensión afectada por los trastornos límite y antisocial de personalidad es la de *relaciones positivas* con los demás, siendo significativamente mejor el funcionamiento óptimo de los internos que no son susceptibles de padecer ninguno de estos trastornos, ni límite (M = 3,99; SD = 1,03) ni antisocial (M = 4,09; SD = 1,01) respecto de los que sí lo son, tanto límite (M = 3,38; SD = ,84) como antisocial (M = 3,45 ; SD = ,93). También el *funcionamiento psicológico positivo general* se ve afectado por estas variables en el mismo sentido que la dimensión anterior, observando peores niveles de *bienestar psicológico* en aquellos internos susceptibles de ser diagnosticados con trastorno límite (M = 3,86; SD = ,70 ) o antisocial de la personalidad (M = 3,89; SD = ,57) que aquellos que no, ni límite (M = 4,23; SD = ,79), ni antisocial (M = 4,29 ; SD = ,82). Además, el nivel de *autonomía* es significativamente peor en los internos con posible trastorno límite (M = 3,78 ; SD = 1,00) frente a los que no (M = 4,21; SD = ,93) y en el caso de los internos con un posible trastorno antisocial también se aprecian una peor *aceptación de sí mismos* (M = 3,70 ; SD = 1,21) que los que no lo tienen (M = 4,12; SD = 1,19) y una mayor dificultad para *adaptarse de forma satisfactoria a su entorno* (M = 3,93; SD = ,57) respecto de los que no lo presenta (M = 4,37; SD = ,97).

**Tabla 7.4.4. Prueba t de Student para las variables de trastorno de personalidad**

|                                      | Auto<br>aceptación      | Rel.<br>ositivas | Autonomía               | Dom.<br>entorno | Bienestar<br>psic.<br>general |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|-----------------|-------------------------------|
| Trastorno Límite de Personalidad     | --                      | <b>2,86***</b>   | <b>1,88<sup>+</sup></b> | --              | <b>1,97<sup>+</sup></b>       |
| Trastorno Antisocial de personalidad | <b>1,98<sup>+</sup></b> | <b>3,57***</b>   | --                      | <b>3,50**</b>   | <b>2,90*</b>                  |

\*\*\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*p<0,05; <sup>+</sup> p<0,10

**b) MANOVA entre las variables penales y penitenciarias y las dimensiones del bienestar psicológico.**

Con objeto de analizar la relación entre las variables antecedentes de tipo penal y penitenciario incluidas en esta investigación con las dimensiones del bienestar psicológico global, se ha realizado un análisis multivariado (MANOVA). Para el estudio de la duración de la condena y los meses continuados en prisión como variables independientes en el análisis multivariado se han creado varios grupos o niveles a partir de las variables cuantitativas de duración de la condena y meses en prisión.

El análisis realizado ha seguido los mismos pasos que el análisis multivariante realizado en el apartado anterior. Tampoco en este caso las variables dependientes elegidas superan el contraste de Levene, con lo que debemos tener cuidado en la interpretación que hagamos de los resultados del análisis multivariado de varianza obtenidos.

Primeramente, mostramos los resultados del contraste multivariado, incluyendo los valores del Lambda de Wilks y de la Raíz mayor de Roy.

**Tabla 7.4.5. Contrastes multivariados para las variables penales y penitenciarias**

|                              |                   | Valor | F            | Gl de la hipótesis | Gl del error | Sig.        |
|------------------------------|-------------------|-------|--------------|--------------------|--------------|-------------|
| Ingresos previos en prisión  | Lambda de Wilks   | ,804  | <b>3,257</b> | 6,00               | 80,00        | <b>,006</b> |
|                              | Raíz mayor de Roy | ,244  | <b>3,257</b> | 6,00               | 80,00        | <b>,006</b> |
| Meses continuados en prisión | Lambda de Wilks   | ,708  | 1,215        | 24,00              | 280,29       | ,227        |
|                              | Raíz mayor de Roy | ,210  | <b>2,900</b> | 6,00               | 83,00        | <b>,013</b> |
| Tipología delictiva          | Lambda de Wilks   | ,510  | 1,216        | 48,00              | 397,69       | ,162        |
|                              | Raíz mayor de Roy | ,406  | <b>4,313</b> | 8,00               | 85,00        | <b>,000</b> |
| Duración de la condena       | Lambda de Wilks   | ,758  | 1,297        | 18,00              | 226,76       | ,191        |
|                              | Raíz mayor de Roy | ,263  | <b>3,593</b> | 6,00               | 82,00        | <b>,003</b> |

Como se puede observar, el sistema ha arrojado diferencias significativas a partir del criterio Lambda de Wilks únicamente para la variable *ingresos previos en prisión* ( $F = 3,25$ ,  $p = 0,006$ ). Si tenemos en cuenta el criterio de la Raíz mayor de Roy se observan diferencias significativas para todas las variables independientes propuestas, esto es, los *ingresos previos en prisión* ( $F = 3,25$ ;  $p = 0,006$ ), los *meses continuados en prisión* ( $F = 2,90$ ,  $p = 0,013$ ), la *tipología delictiva* ( $F = 4,31$ ;  $p = 0,000$ ) y la *duración de la condena* ( $F = 3,59$ ;  $p = 0,003$ ).

= 0,003). Para analizar en mayor profundidad la naturaleza de las relaciones que han aparecido en el contraste multivariado, se realizó un análisis univariado para cada una de las variables independientes, los resultados de los test univariados se muestran a continuación.

**Tabla 7.4.6. Resultado de los test F univariados entre las variables penales y penitenciarias**

|                              | Autoaceptación | Relaciones positivas | Autonomía     | Propósito vida           | Dominio entorno          | Crecimiento personal | Bienestar psic. global |
|------------------------------|----------------|----------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| Ingresos previos en prisión  | 0,768          | 1,474                | <b>4,356*</b> | 1,65                     | <b>4,034*</b>            | 0,408                | 2,115                  |
| Tiempo continuado en prisión | 1,758          | 0,717                | 0,127         | <b>2,221<sup>+</sup></b> | 0,53                     | 0,599                | 0,673                  |
| Tipología delictiva          | 0,438          | 0,668                | 1,462         | 0,655                    | 1,413                    | 1,216                | 0,747                  |
| Duración de la condena       | 0,295          | 0,279                | 1,421         | 0,216                    | <b>2,509<sup>+</sup></b> | 0,348                | 0,49                   |

<sup>+</sup> p<0,10; \*p<0,05

Los análisis univariados muestran en primer lugar que no existe ninguna relación entre estas dimensiones y el índice de bienestar psicológico global. Además se observan relaciones significativas únicamente para la variable de *ingresos previos en prisión*, que influye en las dimensiones de *autonomía* ( $F = 4,356$ ,  $p < 0,05$ ) y *dominio del entorno* ( $F = 4,034$ ,  $p < 0,05$ ). En el caso de los *meses continuados en prisión* se aprecia un posible impacto sobre la dimensión de *propósito en la vida* ( $F = 2,221$ ,  $p < 0,10$ ) que habrá que corroborar en los análisis post-hoc, al igual que sucede en el caso de la variable independiente de *duración de la condena* y su relación con la dimensión de *dominio del entorno* ( $F = 2,509$ ,  $P < 0,010$ ).

En la tabla 7.4.7. se muestran sólo los resultados que han sido significativos obtenidos a partir de la prueba de Scheffé.

La única variable independiente que ha mostrado tener un impacto significativo sobre las dimensiones del bienestar psicológico ha sido la referida a los *meses continuados que una persona lleva en prisión*, confirmándose la tendencia que apreciábamos al hacer el test univariado en el paso previo respecto de la dimensión *propósitos en la vida*. Se observa así que los internos que llevan en prisión más de 9 años de forma continuada tienen unos

niveles en la dimensión relacionada con sus objetivos o propósitos en la vida que son significativamente más bajos ( $M = 3,21$ ;  $SD = 1,07$ ) que aquellos internos que llevan en prisión hasta 1 año ( $M = 4,32$ ;  $SD = 1,30$ ) o entre 1 y 3 años ( $M = 4,40$ ;  $SD = 1,09$ ). Además, la prueba de Scheffé permite observar un impacto significativo de la variable independiente de meses continuados en prisión sobre la dimensión de *autoaceptación* de manera que los internos que llevan en prisión más de 9 años refieren unos valores inferiores en *autoaceptación* ( $M = 2,89$ ;  $SD = 1,10$ ) respecto de los internos que llevan menos de 1 año ( $M = 4,06$ ;  $SD = 1,21$ ); entre 1 y 3 años ( $M = 4,14$ ;  $SD = 1,11$ ) o entre 3 y 5 años ( $M = 4,22$ ;  $SD = 1,17$ ).

**Tabla 7.4.7. Test de Scheffé. Diferencia de medias que han sido significativas**

|                      |            | Autoaceptación | Rel.positivas | Prop.vida | Autonomía | Dom.entorno | Crec.personal | Bienestar psic. general |
|----------------------|------------|----------------|---------------|-----------|-----------|-------------|---------------|-------------------------|
| Tiempo cont. prisión | >108 meses | < 12 meses     | -.97**        | ---       | -.90*     | ---         | ---           | ---                     |
|                      |            | 13 – 36 meses  | -1,03**       | ---       | -.97*     | ---         | ---           | ---                     |
|                      |            | 37 – 60 meses  | -1,09*        | ---       | ---       | ---         | ---           | ---                     |

\*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ;

Por su parte, con el fin de analizar en profundidad el tipo de relación existente entre la variable *ingresos previos en prisión* y las dimensiones del *bienestar psicológico* se ha procedido a realizar una comparación de medias del bienestar psicológico y sus dimensiones en función de los dos niveles de la variable de ingresos previos, a través de la prueba t de Student.

Los resultados, que se recogen en la siguiente tabla, evidencian cómo el haber ingresado previamente en prisión es un factor que ha influido de forma negativa sobre el funcionamiento psicológico positivo del individuo. Los efectos derivados de las estancias



previas en prisión son más significativos las dimensiones de *autoaceptación*, con una peor aceptación de uno mismo en los internos que han estado en prisión antes (M = 3,66; SD = 1,18) respecto de los que no (M = 4,28; SD = 1,16); también sucede en este mismo sentido en el caso de las *relaciones positivas* que un grupo (M = 3,69 ; SD = 1,91) y otro (M = 4,09 ; SD = 1,08) mantienen con los demás. El nivel de *autonomía* también muestra ser peor en los internos que han estado antes en la cárcel (M = 3,99; SD = 1,98) que en los que no han estado (M = 4,29; SD = ,90). Los objetivos o *propósitos que los internos tienen en sus vidas* están más definidos en los internos que antes no han estado en prisión (M = 4,54; SD = 1,18) respecto de los que sí (M = 3,91; SD = 1,19). Y por último, referir que el *bienestar psicológico general* es mayor en los internos que ingresan por primera vez en la cárcel (M = 4,37; SD = ,77) en comparación con los que han estado anteriormente (M = 3,95; SD = ,75).

**Tabla 7.4.8. Prueba t de Student para la variable de ingresos previos en prisión**

|                             | Auto<br>aceptación | Rel.<br>positivas | Autonomía | Prop.<br>vida | Bienestar<br>psic.<br>general |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|-----------|---------------|-------------------------------|
| Ingresos previos en prisión | ,698**             | 2,131*            | ,595*     | ,013**        | ,006**                        |

\*\*p<0,01; \*p<0,05; + p<0,10

## 7.6. ANALISIS DE REGRESION

### a) Análisis de regresión del bienestar psicológico como variable criterio.

Con el objetivo de analizar los efectos que las variables antecedentes objeto de esta investigación tienen sobre el bienestar psicológico o funcionamiento psicológico positivo de las personas privadas de libertad, se ha empleado el análisis de regresión lineal jerárquico.

Para minimizar los efectos de la multicolinealidad, se ha realizado todos los análisis de regresión con las variables independientes estandarizadas (Aiken y West, 1991); Kleinbaum, Kupper y Muller, 1988).

Dado que son numerosas las variables que se han sido objeto del presente estudio, previamente a los análisis de regresión se ha hecho una selección de aquellas variables independientes que se han considerado más relevantes en base a los resultados hasta ahora obtenidos en la investigación. Así, los análisis multivariados de varianza han mostrado la ausencia de influencia significativa de varias variables sobre el bienestar psicológico y sus dimensiones, en concreto se han excluido las variables *de edad, cultura, y tipología delictiva*. Por su parte, los análisis de correlaciones han mostrado la ausencia de relación entre el bienestar psicológico y sus dimensiones con algunas variables antecedentes (véase tabla 7.3.0 en el apéndice): Entre las consideradas como recursos personales, se ha excluido la subescala de *inteligencia social*. Entre los estilos de afrontamiento se han excluido las variables de *confrontración, distanciamiento, autocontrol, apoyo social y planificación realista* y entre las variables referidas a las creencias sobre el mundo se han excluido las de *justicia y controlabilidad* también por ausencia de correlaciones.

Para la realización del análisis de regresión múltiple jerárquico se ha utilizado el método de introducción de variables. Se ha tratado de establecer un equilibrio entre la predicción y la explicación de acuerdo con el modelo teórico de partida (véase pp. 125) y las variables independientes han entrado en las ecuaciones de regresión en cuatro pasos sucesivos:

1. En primer lugar, se introdujeron las variables sociodemográficas y de trastornos de personalidad que habían resultado significativas en el análisis multivariante, para controlar su posible influencia. Estas variables han sido el *nivel previo de ingresos económicos, y consumo de drogas antes de ingresar en prisión* y los *trastornos límite y antisocial de la personalidad*.

2. En segundo lugar se introdujeron las variables referidas a estresores o demandas, que en concreto han sido las variables penales - *ingresos previos en prisión, duración de la condena y tiempo continuado en prisión*-, y las variables de *acontecimientos estresantes, molestias en prisión* y por último el *nivel de estrés percibido*.

3. En un tercer momento, se han introducido las variables que hemos considerado en el modelo teórico propuesto como recursos, tanto el apoyo social objetivo y apoyo social subjetivo, como los recursos personales –*recursos psicológicos, estrategias de afrontamiento y creencias sobre el mundo*.

4. Por último, se han introducido las interacciones entre el nivel de estrés percibido y los diferentes recursos externos y personales.

Como variables dependientes se utilizaron cada una de las dimensiones del bienestar psicológico según el Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico de Carol Ryff, - *autoaceptación, relaciones positivas, propósito en la vida, dominio del entorno y crecimiento personal*- así como el índice o *nivel de bienestar psicológico global*, con la excepción de la dimensión de *autonomía*. La exclusión de esta dimensión en estos análisis se ha fundamentado en las bajas asociaciones encontradas entre esta dimensión y las demás variables antecedentes (véase tabla 7.3.0 en el apéndice), las pocas relaciones que han resultado significativas muestran unos valores de correlación entre bajos y muy bajos, no superando el ,30 salvo en la asociación de esta dimensión con la variable *huida-avoidancia* ( $r = -,308, p < 0,01$ ). Además, es la dimensión que menos peso tiene sobre el bienestar psicológico general ( $r = ,574, p < 0,01$ ); y sus correlaciones con las variables antecedentes han sido en su mayoría no significativas y

En todas las ecuaciones de regresión, se ha comprobado la multicolinealidad de las variables incluidas mediante el cálculo del *valor de tolerancia* y de su inverso, el *factor de inflación de la varianza (FIV)*. Estas medidas ofrecen el grado en el que cada variable independiente se explica por otras variables independientes. La tolerancia es la cantidad de variabilidad de las variables independientes seleccionadas no explicadas por el resto de las variables independientes. Por tanto, un valor de tolerancia reducido (menor de uno), junto a elevados valores de FIV (por encima de 10), denotan una elevada colinealidad.(Hair y cols. 2004; Hensel y cols. 2009).

La tabla 7.6.1, a continuación, muestra los resultados de los análisis de regresión jerárquica realizados. Como nota indicar que en la tabla, y para ganar en claridad, se han incluido en los pasos 3 y 4 (recursos e interacciones) únicamente los predictores que han resultado

significativos en alguna de las variables criterio que hemos estudiado, excluyendo los demás.

Tabla 7.6.1. Resultados del análisis de regresión realizado sobre el bienestar psicológico y sus dimensiones

|                        | Bienestar psicológico |               |              |               | Autoaceptación |              |              |               | Relaciones positivas |               |               |              | Propósito en la vida |              |              |              | Dominio del entorno |              |               |              | Crecimiento personal |              |               |              |
|------------------------|-----------------------|---------------|--------------|---------------|----------------|--------------|--------------|---------------|----------------------|---------------|---------------|--------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|---------------|--------------|----------------------|--------------|---------------|--------------|
|                        | 1                     | 2             | 3            | 4             | 1              | 2            | 3            | 4             | 1                    | 2             | 3             | 4            | 1                    | 2            | 3            | 4            | 1                   | 2            | 3             | 4            | 1                    | 2            | 3             | 4            |
| Ingr. prev.mens        | <b>,24**</b>          | <b>,24*</b>   | <b>,23**</b> | <b>,25**</b>  | <b>,16*</b>    | <b>,16*</b>  | <b>,16*</b>  | <b>,16*</b>   | <b>,27***</b>        | <b>,24***</b> | <b>,20**</b>  | <b>,22**</b> | <b>,13+</b>          | <b>,14+</b>  | ,12          | ,11          | <b>,26**</b>        | <b>,25**</b> | <b>,26**</b>  | <b>,27**</b> | <b>,20*</b>          | <b>,20*</b>  | <b>,22**</b>  | <b>,24**</b> |
| Cons drogas antes      | <b>-,17*</b>          | <b>-,14+</b>  | -,05         | -,07          | -,23           | -,20         | -,13         | -,14          | -,08                 | -,04          | -,01          | -,06         | <b>-,17*</b>         | <b>-,15+</b> | -,11         | -,13         | -,03                | -,03         | ,07           | ,05          | -,13                 | -,14         | -,02          | -,02         |
| Trast. límite pers.    | ,04                   | ,04           | ,00          | -,02          | ,12            | ,11          | ,06          | ,10           | -,01                 | ,00           | ,06           | ,08          | ,07                  | ,06          | ,05          | ,06          | ,13                 | ,15          | ,11           | ,09          | -,05                 | -,06         | -,11          | <b>-,19+</b> |
| Trast. antisoc pers.   | <b>-,22*</b>          | -,15          | ,03          | ,01           | -,22           | -,19         | -,06         | -,01          | <b>-,28**</b>        | <b>-,19*</b>  | -,04          | -,05         | -,15                 | -,09         | -,02         | -,03         | <b>-,26**</b>       | <b>-,27*</b> | <b>-,22*</b>  | <b>-,28*</b> | -,03                 | ,05          | <b>-,28**</b> | <b>-,28*</b> |
| Ingresos en prisión    |                       | <b>-,15+</b>  | -,08         | -,09          |                | -,16         | -,09         | -,08          |                      | -,07          | ,03           | ,03          |                      | <b>-,18*</b> | -,10         | -,10         |                     | -,12         | -,06          | -,10         |                      | -,03         | ,00           | -,01         |
| Duración condena       |                       | -,13          | -,03         | -,08          |                | -,23         | -,15         | -,16          |                      | -,02          | -,02          | -,06         |                      | -,20         | -,14         | -,13         |                     | -,07         | ,04           | -,04         |                      | -,12         | ,02           | -,02         |
| Tiempo cont. prisión   |                       | -,01          | -,04         | ,01           |                | ,00          | -,06         | ,02           |                      | ,03           | ,06           | ,10          |                      | -,03         | -,04         | ,00          |                     | ,09          | ,08           | ,13          |                      | ,05          | ,02           | ,03          |
| Ac.estresantes         |                       | ,09           | ,01          | ,01           |                | ,10          | ,04          | ,02           |                      | -,05          | -,12          | -,08         |                      | ,13          | ,11          | ,08          |                     | ,07          | ,01           | ,00          |                      | ,04          | -,06          | -,06         |
| Molestias prisión      |                       | ,02           | ,00          | -,01          |                | -,02         | ,02          | -,03          |                      | -,08          | -,06          | -,05         |                      | ,03          | ,06          | ,03          |                     | ,08          | ,06           | ,04          |                      | ,03          | -,04          | -,04         |
| Estrés percibido       |                       | <b>-,23**</b> | -,10         | -,16          |                | -,11         | -,07         | -,09          |                      | <b>-,16*</b>  | -,01          | -,07         |                      | -,20         | -,13         | <b>-,20+</b> |                     | -,10         | ,03           | -,04         |                      | <b>-,21*</b> | -,14          | <b>-,20+</b> |
| Ap. social obj         |                       |               | -,04         | -,09          |                |              | ,00          | -,05          |                      |               | ,13           | ,12          |                      |              | ,07          | ,00          |                     |              | -,08          | -,12         |                      |              | -,12          | -,14         |
| Ap. Social subj        |                       |               | <b>,36**</b> | <b>,36***</b> |                |              | <b>,33**</b> | <b>,35***</b> |                      |               | <b>,39***</b> | <b>,37**</b> |                      |              | <b>,25*</b>  | <b>,26*</b>  |                     |              | <b>,21*</b>   | <b>,20+</b>  |                      |              | <b>,31**</b>  | <b>,30**</b> |
| Autocontrol            |                       |               | ,08          | ,03           |                |              | -,06         | ,12           |                      |               | <b>,41*</b>   | ,27          |                      |              | ,10          | ,20          |                     |              | ,15           | -,03         |                      |              | -,10          | -,15         |
| Solución problemas     |                       |               | <b>,40*</b>  | <b>,37+</b>   |                |              | ,15          | ,19           |                      |               | ,21           | ,06          |                      |              | ,31          | <b>,38+</b>  |                     |              | <b>,35+</b>   | ,24          |                      |              | <b>,45*</b>   | <b>,43+</b>  |
| Acept. Responsab.      |                       |               | ,05          | ,10           |                |              | -,01         | ,00           |                      |               | ,12           | ,16          |                      |              | -,01         | ,01          |                     |              | <b>,28*</b>   | <b>,38**</b> |                      |              | -,11          | -,05         |
| Huida-evitación        |                       |               | -,12         | -,07          |                |              | ,06          | ,02           |                      |               | <b>-,20+</b>  | -,17         |                      |              | ,05          | ,10          |                     |              | -,08          | ,01          |                      |              | <b>-,22+</b>  | -,14         |
| Reev. Positiva         |                       |               | <b>-,22+</b> | -,16          |                |              | ,04          | ,09           |                      |               | -,15          | -,10         |                      |              | -,05         | ,02          |                     |              | <b>-,36**</b> | <b>-,06+</b> |                      |              | -,18          | -,17         |
| Benevol. Mundo         |                       |               | -,15         | -,14          |                |              | <b>-,22+</b> | -,18          |                      |               | ,09           | ,07          |                      |              | <b>-,22+</b> | <b>-,26+</b> |                     |              | <b>-,22+</b>  | -,22         |                      |              | ,03           | -,04         |
| Azar                   |                       |               | ,03          | ,08           |                |              | ,10          | ,14           |                      |               | ,01           | ,06          |                      |              | ,00          | ,02          |                     |              | -,07          | -,01         |                      |              | <b>,18+</b>   | ,19          |
| Automerecimiento.      |                       |               | -,12         | -,09          |                |              | <b>-,17+</b> | -,16          |                      |               | ,01           | ,00          |                      |              | -,02         | -,02         |                     |              | -,10          | -,07         |                      |              | -,14          | -,18         |
| E. perc x ap.soc subj  |                       |               |              | -,07          |                |              |              | <b>-,20+</b>  |                      |               |               | -,08         |                      |              |              | -,13         |                     |              |               | ,01          |                      |              |               | -,03         |
| E. perc x optimismo.   |                       |               |              | ,14           |                |              |              | ,02           |                      |               |               | <b>-,42+</b> |                      |              |              | ,33          |                     |              |               | -,01         |                      |              |               | <b>,43+</b>  |
| E. perc x autocontrol  |                       |               |              | -,18          |                |              |              | -,21          |                      |               |               | -,25         |                      |              |              | <b>-,22+</b> |                     |              |               | -,16         |                      |              |               | -,02         |
| E. perc x sol.probl.   |                       |               |              | ,00           |                |              |              | ,26           |                      |               |               | -,05         |                      |              |              | ,12          |                     |              |               | -,21         |                      |              |               | -,06         |
| E. perc x ment. Ab.    |                       |               |              | -,01          |                |              |              | -,13          |                      |               |               | -,27         |                      |              |              | ,03          |                     |              |               | -,06         |                      |              |               | <b>,32+</b>  |
| E. perc x acept. Resp. |                       |               |              | -,02          |                |              |              | <b>-,23+</b>  |                      |               |               | ,12          |                      |              |              | ,03          |                     |              |               | ,00          |                      |              |               | ,10          |
| E. perc x reev. Posit. |                       |               |              | ,10           |                |              |              | <b>,28*</b>   |                      |               |               | ,07          |                      |              |              | ,20          |                     |              |               | ,14          |                      |              |               | ,01          |
| E. perc x benev. Pers  |                       |               |              | <b>,28+</b>   |                |              |              | ,07           |                      |               |               | ,13          |                      |              |              | ,13          |                     |              |               | <b>,35+</b>  |                      |              |               | ,24          |
| E. perc x autocontrol  |                       |               |              | ,23           |                |              |              | <b>,33*</b>   |                      |               |               | ,01          |                      |              |              | ,35          |                     |              |               | ,14          |                      |              |               | ,23          |
| Cambio R <sup>2</sup>  | <b>,17***</b>         | <b>,09**</b>  | <b>,22**</b> | <b>,06</b>    | <b>,14***</b>  | <b>,10**</b> | <b>,22**</b> | <b>,13+</b>   | <b>,20***</b>        | <b>,04</b>    | <b>,22**</b>  | <b>,05</b>   | <b>,08*</b>          | <b>,13**</b> | <b>,15</b>   | <b>,12</b>   | <b>,13***</b>       | <b>,03</b>   | <b>,21*</b>   | <b>,05</b>   | <b>,07*</b>          | <b>,04</b>   | <b>,28***</b> | <b>,11</b>   |
| R <sup>2</sup>         |                       |               |              | <b>,54***</b> |                |              |              | <b>,56***</b> |                      |               |               | <b>,51**</b> |                      |              |              | <b>,47**</b> |                     |              |               | <b>,42*</b>  |                      |              |               | <b>,51**</b> |

\*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; +  $p < 0,10$

### Bienestar psicológico

El nivel de *bienestar psicológico global* es explicado en un 53,6% por las variables predictoras propuestas ( $R^2 = ,536$ ;  $F = 2,308$ ;  $p < 0,0001$ ). Los tres primeros grupos de variables -sociodemográficas y trastornos de personalidad; estresores; y recursos- han supuesto un cambio significativo en la varianza del nivel de bienestar psicológico; pero no lo ha sido significativa la entrada en la ecuación del conjunto de variables referidas a la interacción entre el estrés percibido y los diferentes recursos. Los grupos de predictores más relevantes han sido el primero, con un 16,7%, que incluye los ingresos económicos, el consumo de drogas y los trastornos límite y antisocial de la personalidad ( $R^2 = ,167$ ;  $F = 7,778$ ,  $p < 0,001$ ) y el tercero, referido al apoyo social y recursos personales –recursos psicológicos, estilos de afrontamiento y creencias sobre el mundo- que ha supuesto un aumento significativo del 22,2% en la varianza explicada del bienestar psicológico ( $\Delta R^2 = ,222$ ;  $F = 2,456$ ;  $p < 0,01$ ).

Los predictores más significativos del bienestar psicológico han sido: los ingresos mensuales ( $B = 252$ ,  $t = 3,157$ ;  $p < 0,01$ ), el apoyo social subjetivo ( $B = ,363$ ,  $t = 3,502$ ;  $p < 0,01$ ), el recurso psicológico de solución de problemas ( $B = ,374$ ,  $t = 1,775$ ;  $p < 0,10$ ) y la interacción entre nivel de estrés percibido y la subescala de benevolencia de las personas ( $B = ,276$ ,  $t = 1,707$ ;  $p < 0,10$ ). El valor beta más alto ha correspondido a la variable solución de problemas.

### Autoaceptación

En el caso de la variable criterio de *autoaceptación*, el porcentaje de varianza explicada por el conjunto de factores que forman el modelo es de 56,3% ( $R^2 = ,563$ ;  $F = 2,914$ ;  $p < 0,0001$ ).

El grupo de variables sociodemográficas y de trastornos de personalidad explican de forma significativa la varianza de la dimensión de *autoaceptación*, hasta el 14% ( $R^2 = ,14$ ;  $F = 6,314$ ,  $p < 0,001$ ). La inclusión de los estresores en la ecuación de regresión ha supuesto un incremento de la explicación de su varianza del 10,1% ( $\Delta R^2 = ,101$ ;  $F = 3,322$ ;  $p < 0,01$ ). La entrada de las variables relacionadas con los recursos ha incrementado también de forma significativa en un 22% la varianza de la dimensión de *autoaceptación* ( $\Delta R^2 = ,220$ ;  $F = 2,364$ ;  $p < 0,01$ ). Y por último, al incluir las interacciones en el cuarto paso observamos una tendencia significativa en el incremento del 13,1% ( $\Delta R^2 = ,131$ ;  $F = 1,626$ ;  $p < ,10$ ).

Por su parte, las variables con pesos más significativos ha sido los ingresos mensuales previos ( $B = ,160$ ,  $t = 2,145$  ;  $p < 0,05$ ), el apoyo social subjetivo ( $B = ,352$  ,  $t = 3,62$ ;  $p < 0,001$ ) y varias interacciones: entre el nivel de estrés percibido y la reevaluación positiva ( $B = ,276$  ,  $t = 2,03$  ;  $p < 0,05$ ), y con la subescala de autocontrol del cuestionario de creencias sobre el mundo ( $B = ,326$ ,  $t = 2,012$  ;  $p < 0,05$ ), y con una tendencia significativa las interacciones entre el nivel de estrés percibido y el apoyo social subjetivo ( $B = -,199$  ,  $t = -1,705$ ;  $p < 0,10$ ), y con la aceptación de la responsabilidad ( $B = -,204$  ,  $t = -1,747$  ;  $p < 0,10$ ).

### **Relaciones positivas**

Las *relaciones positivas* son explicadas en un 50,9% por el conjunto de predictores propuestos ( $R^2 = ,509$ ;  $F = 2,071$ ;  $p < 0,01$ ). Los predictores más significativos ha resultado ser: el nivel de ingresos económicos previo ( $B = ,219$  ,  $t = 2,662$ ;  $p < 0,01$ ), el apoyo social subjetivo ( $B = ,366$  ,  $t = 3,427$ ;  $p < 0,01$ ) y la interacción entre el nivel de estrés percibido por el interno y su optimismo ( $B = -,418$  ,  $t = -1,689$  ;  $p < 0,10$ ) sin embargo, en este último caso, el estudio de colinealidad, muestra un bajo nivel de tolerancia ( $TOL = ,076$ ) y una puntuación alta en FIV ( $FIV = 13,183$ ) lo que nos obliga a interpretar este resultado con cautela ya que es posible que el peso de esta interacción haya quedado explicado por otras variables independientes anteriores.

En lo que se refiere a la entrada de los diferentes grupos de variables en la ecuación, únicamente ha resultado significativos los cambios sobre la varianza de la dimensión de relaciones positivas que han aportado los grupos uno y tres -variables sociodemográficas y trastornos de personalidad; y recursos, respectivamente -. El primer grupo explica el 20% de la varianza de las relaciones positivas ( $\Delta R^2 = ,200$ ;  $F = 9,57$ ;  $p < 0,001$ ) y la entrada de los recursos en la ecuación de regresión ha aumentado la explicación de la varianza de esta variable criterio en un 22,3% ( $\Delta R^2 = ,223$ ;  $F = 2,385$ ;  $p < 0,01$ ).

### **Propósito en la vida**

En el caso de la dimensión de *propósito en la vida* observamos que las variables propuestas en nuestro modelo alcanzan a explicar el 47,4% de su varianza ( $R^2 = ,474$ ;  $F = 1,800$  ;  $p < 0,01$ ). Por grupos, los conjuntos de variables más importantes han sido los introducidos en

primer lugar en la ecuación –nivel de ingresos económicos, consumo de drogas y trastornos de personalidad- explicando un 7,9% de la varianza de esta dimensión ( $\Delta R^2 = ,079$ ;  $F = 3,310$ ,  $p < 0,05$ ), y en segundo lugar –estresores-, ya que la dimensión *propósito en la vida* ve aumentado el porcentaje explicativo de su varianza en un 12,8% al añadir las variables relacionadas con las demandas ( $\Delta R^2 = ,128$ ;  $F = 4,010$ ;  $p < 0,01$ ).

Aquellos predictores de más peso específico para esta variable criterio han sido el nivel de estrés percibido ( $B = -,195$  ,  $t = -1,801$ ;  $p < 0,10$ ) con una relación inversa tendente a significativa; el apoyo social subjetivo ( $B = ,259$  ,  $t = 2,347$ ;  $p < 0,05$ ); la variable de solución de problemas ( $B = ,381$  ,  $t = 1,699$ ;  $p < 0,10$ ), ambas con una influencia positiva sobre esta dimensión, y la subescala de benevolencia del mundo ( $B = -,262$  ,  $t = -1,82$ ;  $p < 0,10$ ) que tendría una relación negativa también tendente a significativa; y, por último, la interacción entre el nivel de estrés percibido y la subescala de autocontrol ( $B = ,345$  ,  $t = 1,87$ ;  $p < 0,10$ ) que muestra una tendencia significativa.

#### **Dominio del entorno**

La variable criterio de *dominio del entorno*, de especial relevancia dado el contexto de esta investigación, únicamente ve explicado el 42 % de su varianza a partir de los predictores estudiados ( $R^2 = ,424$ ;  $F = 1,474$  ;  $p < 0,05$ ) a partir del conjunto de predictores de este tercer modelo o fase.

Para la variable criterio de *dominio del entorno* encontramos seis predictores significativos: ingresos mensuales previos ( $B = ,268$  ,  $t = 3,011$ ;  $p < 0,01$ ) , trastorno antisocial de la personalidad ( $B = -,284$  ,  $t = -2,27$ ;  $p < 0,05$ ) que muestra tener una relación inversa; el apoyo social subjetivo ( $B = ,197$  ,  $t = 1,708$ ;  $p < 0,10$ ), la estrategia de aceptación de la responsabilidad ( $B = ,383$  ,  $t = 2,871$ ;  $p < 0,01$ ), y la de reevaluación positiva ( $B = -,264$  ,  $t = -1,692$ ;  $p < 0,10$ ) que tendría una relación negativa con esta dimensión; y la interacción entre las variables de estrés percibido y benevolencia de las personas ( $B = ,352$ ,  $t = 1,958$ ;  $p < 0,10$ ).

La entrada de las variables sociodemográficas y de trastornos de personalidad incluidas en un primer paso en la ecuación explica el 12,7% de la dimensión de *dominio del entorno* ( $\Delta R^2 = ,127$ ;  $F = 5,61$ ,  $p < 0,01$ ). La inclusión de los recursos en el tercer paso de la ecuación



ha incrementado en un significativo 21,1% la varianza del dominio del entorno explicada ( $\Delta R^2 = ,211$ ;  $F = 1,936$ ;  $p < 0,05$ ). La variable *dominio del entorno* no se ve afectada de forma significativa por ninguna de las variables predictoras relacionadas con los estresores ( $\Delta R^2 = ,032$ ;  $F = ,933$ ;  $p = ,473$ ) ni con las interacciones entre nivel de estrés y recursos ( $\Delta R^2 = ,055$ ;  $F = ,479$ ;  $p = ,123$ )

### **Crecimiento personal**

Por último, la dimensión de *crecimiento personal* se explica hasta en un 50,8% por el conjunto de variables propuesto en el modelo ( $R^2 = ,508$ ;  $F = 2,064$ ;  $p < 0,01$ ).

Las variables de mayor peso han resultado ser ocho:

- ingresos mensuales previos ( $B = ,236$ ,  $t = 2,876$  ;  $p < 0,01$ ),
- trastornos límite ( $B = -,192$  ,  $t = -1,869$ ;  $p < 0,10$ ) y antisocial ( $B = -,281$  ,  $t = -2,432$ ;  $p < 0,05$ ) de la personalidad, ambos en una relación inversa con esta dimensión,
- nivel de estrés percibido ( $B = -,198$  ,  $t = -1,89$ ;  $p < 0,10$ ), con una tendencia significativa y negativa.
- apoyo social subjetivo ( $B = ,298$  ,  $t = 2,786$  ;  $p < 0,01$ ),
- solución de problemas ( $B = ,425$  ,  $t = 1,958$ ;  $p < 0,10$ ), con una tendencia significativa.
- y la interacción entre las variables de estrés percibido y los recursos psicológicos de optimismo ( $B = ,425$  ,  $t = 1,718$  ;  $p < 0,10$ ) y mentalidad abierta ( $B = ,317$  ,  $t = 1,788$  ;  $p < 0,10$ ). Decir no obstante que la capacidad predictora de la interacción entre estrés percibido y optimismo, se debe interpretar con cautela ya que el estudio de colinealidad ha mostrado la existencia de cierta colinealidad ( $TOL = 0,076$ ;  $FIV = 13,183$ ), por lo que la variabilidad explicada por esta variable puede estar explicada a parir de otras variables independientes que ya han entrado en el modelo.

De nuevo en este caso vemos cómo los grupos de variables independientes más importantes para las dimensiones del bienestar psicológico son el primero –sociodemográficas y trastornos de personalidad- que da cuenta de un 7,4% de la varianza del crecimiento personal ( $\Delta R^2 = ,074$ ;  $F = 3,12$  ,  $p < 0,05$ ), y el tercero, con la inclusión de los recursos

personales y externos con un aumento del 27,7% ( $\Delta R^2 = ,277$ ;  $F = 2,643$ ;  $p < 0,001$ ) en la varianza explicada de la dimensión criterio.

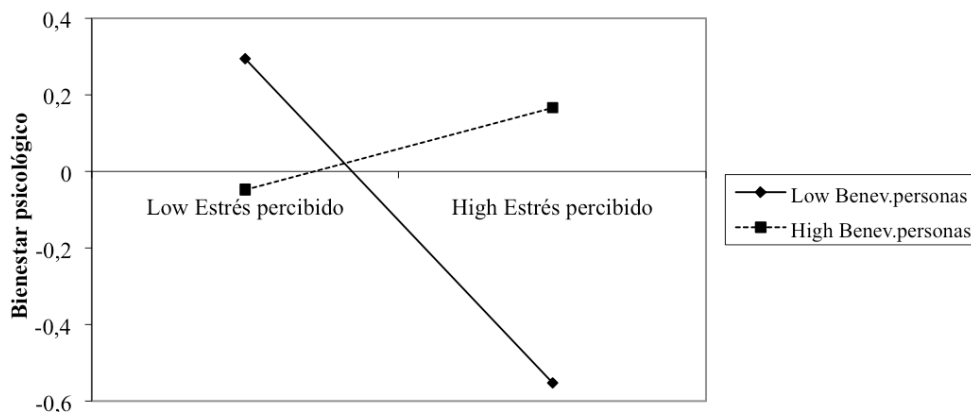
---

Respecto de las interacciones que han resultado de las ecuaciones de regresión realizadas, queremos mostrar aquí aquellas que han mostrado una relación significativa con alguna de las dimensiones del bienestar psicológico ( $\text{sig.} < ,05$ ), y que han sido sobre el nivel de bienestar psicológico global y sobre las dimensiones de autoaceptación y dominio del entorno.

La primera de estas interacciones es la que afecta al nivel de bienestar psicológico global, y se ha producido por la interacción entre el nivel de estrés percibido y la subescala de benevolencia de las personas.

**Figura 1. Gráfico de interacción para el bienestar psicológico global**

**Gráfico 1.1. Interacción entre el nivel de estrés percibido y la subescala de benevolencia de las personas**



Como observamos en el gráfico 1.1., la variable de benevolencia de las personas tiene una interacción significativa en la influencia del nivel de estrés percibido sobre el bienestar psicológico. Los internos en situaciones de alto estrés percibido con baja benevolencia de las personas disminuyen de forma considerable el bienestar psicológico, mientras que ocurre lo contrario en aquellos con alta benevolencia.

En el caso de la dimensión de autoaceptación, encontramos dos interacciones significativas. En primer lugar la producida por el nivel de estrés percibido y la reevaluación positiva y la segunda por el nivel de estrés percibido y el autocontrol.

### Figura 2. Gráficos de interacción para la dimensión de autoaceptación

Gráfico 2.1. Interacción entre el nivel de estrés percibido y la subescala de reevaluación positiva

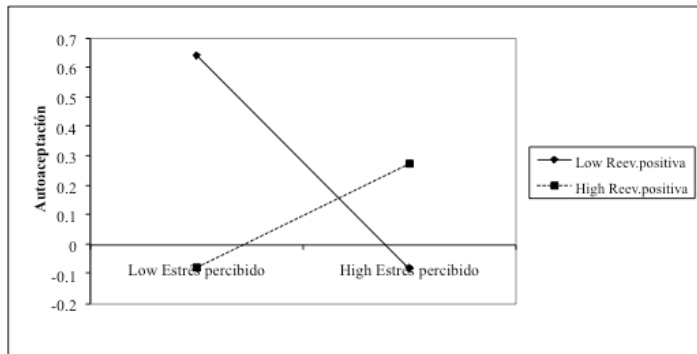
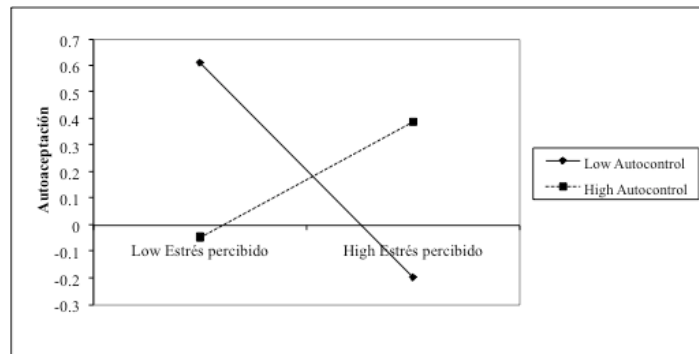


Gráfico 2.2. Interacción entre el nivel de estrés percibido y el autocontrol como creencia

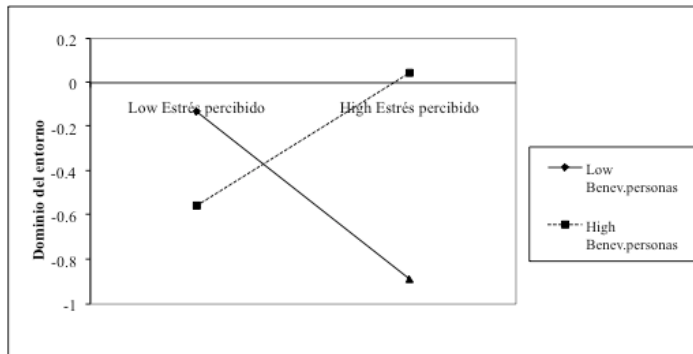


El gráfico 2.1 muestra cómo la dimensión de reevaluación positiva tiene también una interacción significativa con el estrés percibido de forma que quienes tienen una alta reevaluación positiva aumentan los niveles de autoaceptación en situaciones de alto estrés. El gráfico 2.2 lo que muestra es la misma tendencia con la variable autocontrol. La variable autocontrol interacciona con el efecto del estrés sobre los niveles de autoaceptación, de forma que en situaciones de alto estrés quienes tiene alto autocontrol muestran tasas más altas de aceptación.

La última interacción estudiada es la relacionada con la dimensión de dominio del entorno, que vemos en la siguiente figura.

**Figura 3. Gráfico de interacción para la dimensión de dominio del entorno**

**Gráfico 1.1. Interacción entre el nivel de estrés percibido y la subescala de benevolencia de las personas**



El gráfico 1.1. muestra cómo la variable de benevolencia de las personas interacciona con el estrés percibido de forma que en situaciones de alto estrés aumenta el Dominio del interno mientras sucede lo contrario en quienes tienen baja benevolencia de las personas.

**b) Análisis de regresión de las consecuencias como variables criterio.**

En este punto, con el fin de analizar el papel del funcionamiento psicológico positivo de los internos sobre su estado de salud mental y sobre las diferentes conductas desadaptadas que resultan frecuentes en el medio penitenciario se han realizado nuevos análisis de regresión jerárquicos. Estos análisis de regresión se han realizado a partir del modelo teórico propuesto (véase p.125).

Las variables criterio para cada uno de los análisis realizados han sido las siguientes:

- En relación con las *consecuencias sobre la salud mental* del interno, las variables criterio han sido *índice de severidad global*, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo. Se ha excluido la variable “ansiedad fóbica” por su escasa relevancia teórica en el contexto penitenciario.
- Las conductas *desadaptadas* que finalmente se han analizado como variables criterio, teniendo en cuenta las correlaciones significativas con el resto de variables de este estudio (véase tabla 7.3.0 en el apéndice) han sido: las quejas de salud subjetiva, el nivel total de agresividad, las variables de ira y hostilidad, y el riesgo de suicidio.

Como ha sucedido en el anterior apartado, previo al análisis de regresión y dado el elevado número de variables que han sido objeto de esta investigación, se han analizado las variables independientes propuestas a partir del modelo teórico inicial, haciendo una selección de aquellas que mayor relevancia tienen, atendiendo a su correlación con las variables dependientes que acabamos de mencionar (véase tabla 7.3.0 en el apéndice). Así, las variables excluidas en estos análisis han sido:

- En relación con las demandas o estresores de tipo penal-penitenciario, las variables de *duración de la condena*, *meses continuados en prisión* y *tipología delictiva*, por no correlacionar de forma significativa con las variables dependientes mencionadas.
- Entre las variables consideradas como recursos externos, se han dejado fuera del análisis el distanciamiento y la aceptación de la responsabilidad, como estrategias de afrontamiento; por no relacionarse significativamente con el resto de variables consideradas como consecuencias.

En el análisis de regresión jerárquica realizado se han creado cinco bloques de variables, partiendo del modelo teórico propuesto, y desarrollando los mismos en cuatro fases consecutivas, que han sido siguientes:

1. Las variables sociodemográficas (*edad, cultura, nivel de ingresos mensuales previos y consumo de drogas anterior al ingreso en prisión*) junto con las variables relacionadas con los *trastornos límite y antisocial de la personalidad*, sobre las subescalas del Inventario de Sintomatología Psicopatológica, así como sobre las variables relacionadas con la conducta desadaptada.
2. Las variables anteriores (en primer lugar) y las dimensiones del bienestar psicológico (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, propósito en la vida, dominio del entorno, crecimiento personal y nivel de bienestar psicológico general) en segundo lugar, sobre las variables criterio señaladas.
3. Las variables anteriores (en primer y segundo lugar) y las variables antecedentes relacionadas con las demandas o estresores, en concreto, los *ingresos previos en prisión, los acontecimientos estresantes, las molestias en prisión y el nivel de estrés percibido* (en tercer lugar) sobre las variables criterio relacionadas con las consecuencias.
4. Las variables anteriores (en primer, segundo y tercer lugar), unidas a las variables consideradas como recursos, tanto externos (*apoyo social objetivo y apoyo social subjetivo*), como recursos personales (*recursos psicológicos, estrategias de afrontamiento y creencias sobre el mundo*), en cuarto lugar, sobre las consecuencias consideradas como variables criterio.
5. Las variables anteriores (en primer, segundo, tercer y cuarto lugar), además de la interacción entre el nivel de estrés percibido y cada una de las dimensiones del bienestar psicológico (quinto lugar) sobre las variables criterio.

Tabla 7.6.8. Coeficientes de regresión de las variables criterio relacionadas con la salud mental del interno

|                       | Índ. Severidad Global |        |        |        |        | Somatización |        |        |        |        | Obsesión compuls. |        |        |        |      | Sensibilidad interp. |        |        |        |      | Depresión |        |        |       |      | Ansiedad |        |        |         |        | Hostilidad |        |        |      |      | Id.Paranoide |        |        |        |        | Psicoticismo |        |        |        |       |
|-----------------------|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------|--------|-------------------|--------|--------|--------|------|----------------------|--------|--------|--------|------|-----------|--------|--------|-------|------|----------|--------|--------|---------|--------|------------|--------|--------|------|------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------|-------|
|                       | 1                     | 2      | 3      | 4      | 5      | 1            | 2      | 3      | 4      | 5      | 1                 | 2      | 3      | 4      | 5    | 1                    | 2      | 3      | 4      | 5    | 1         | 2      | 3      | 4     | 5    | 1        | 2      | 3      | 4       | 5      | 1          | 2      | 3      | 4    | 5    | 1            | 2      | 3      | 4      | 5      |              |        |        |        |       |
| Edad del interno      | .23***                | .24*** | .26*** | .28*** | .23*** | .34***       | .32*** | .34*** | .36*** | .35*** | .20***            | .20*** | .23*** | .22*   | .19* | .16*                 | .17*   | .21*** | .22*   | .20* | .17*      | .17*   | .20*** | .13   | .08  | .21***   | .22*** | .22*** | .24***  | .20*   | .10        | .12    | .10    | .12  | .10  | .16*         | .20*   | .23*** | .30*** | .27*** | .19*         | .20*** | .23*** | .24*** | .20*  |
| Cultura               | -.05                  | -.01   | .04    | .02    | .01    | .02          | .01    | .06    | .09    | .10    | -.06              | -.02   | .01    | .03    | .03  | -.11                 | -.06   | -.03   | -.04   | -.05 | -.06      | -.01   | .04    | .03   | .03  | .00      | .03    | .10    | .04     | .03    | -.02       | -.01   | .03    | -.06 | -.05 | .00          | .04    | .08    | .05    | .04    | -.02         | .00    | .03    | .02    | .03   |
| Ingr. prev.mens       | -.08                  | .00    | .00    | .00    | .01    | -.05         | -.04   | -.03   | -.03   | -.05   | -.09              | -.03   | -.03   | -.02   | -.02 | -.01                 | .08    | .07    | .05    | .06  | -.07      | -.02   | -.02   | -.01  | .01  | -.03     | .02    | .05    | .02     | .04    | -.08       | -.04   | -.02   | -.01 | .00  | -.07         | .05    | .04    | .05    | .06    | -.02         | .06    | .06    | .05    | .04   |
| Cons drogas antes     | .14*                  | .11*   | .09    | .06    | .05    | .06          | .05    | .02    | .01    | .02    | .14*              | .11    | .11    | .11    | .11  | .07                  | .06    | .07    | .04    | .03  | .14*      | .11    | .10    | .12   | .10  | .12      | .12    | .07    | .01     | -.01   | .13        | .11    | .08    | -.01 | -.02 | .06          | .05    | .05    | .01    | .00    | .19*         | .15+   | .14*   | .08    | .08   |
| Trast. límite pers.   | .10                   | .10    | .13*   | .07    | .03    | .17*         | .21*   | .24*** | .16*   | .14    | .10               | .09    | .12    | .08    | .04  | .07                  | .06    | .11    | .10    | .07  | .00       | .00    | .03    | -.07  | -.13 | .19*     | .19*   | .19*   | .14     | .10    | .30***     | .29*** | .27*** | .18* | .15  | .03          | .01    | .06    | .04    | .01    | .03          | .06    | .09    | .05    | .02   |
| Trast. antisoc pers.  | .49***                | .41*** | .26*   | .25*   | .26*** | .33***       | .28**  | .13    | .19*   | .18*   | .45***            | .40*** | .27*** | .24*   | .23* | .35***               | .28*** | .15    | .08    | .06  | .48***    | .42*** | .29*** | .24*  | .26* | .36***   | .30**  | .13    | .13     | .13    | .26**      | .24*   | .17*   | .22* | .22* | .37***       | .28*** | .15    | .15    | .16    | .46***       | .37*** | .25*   | .22*   | .23*  |
| Autoaceptación        |                       | -.07   | -.10   | -.07   | -.06   |              | -.13   | -.15   | -.09   | -.03   |                   | -.14   | -.18   | -.14   | -.15 |                      | .04    | .00    | .08    | .11  |           | -.15   | -.18   | -.23  | -.22 |          | -.01   | -.03   | -.05    | -.06   |            | -.05   | -.06   | -.16 | -.14 |              | .04    | .03    | .09    | .07    |              | -.17   | -.19   | -.10   | -.09  |
| Rel.positivas         |                       | -.20*  | -.13*  | -.12   | -.15*  |              | .03    | .09    | .10    | .09    |                   | -.11   | -.07   | -.07   | -.10 |                      | -.18*  | -.13   | -.11   | -.14 |           | -.18*  | -.13   | -.04  | -.09 |          | -.18*  | -.09   | -.08    | -.12   |            | -.12   | -.07   | -.02 | -.04 |              | .34*** | .29*** | .30*** | .33*** |              | -.19*  | -.14*  | -.15*  | -.18* |
| Autonomía             |                       | -.07   | -.03   | -.03   | -.03   |              | -.02   | .01    | .00    | -.01   |                   | -.14*  | -.11   | -.12   | -.13 |                      | -.16*  | -.12   | -.11   | -.12 |           | -.13   | -.09   | -.11  | -.11 |          | -.06   | -.03   | -.01    | -.01   |            | .05    | .06    | .04  | .03  |              | -.03   | .00    | .00    | 0.03   |              | .05    | .07    | .07    | .07   |
| Propósito vida        |                       | -.01   | .05    | .00    | .03    |              | .03    | .08    | .02    | .03    |                   | .06    | .10    | .04    | .08  |                      | -.06   | .00    | -.11   | -.09 |           | .02    | .08    | .11   | .13  |          | -.02   | .04    | .01     | .04    |            | .08    | .10    | .16  | .16  |              | .04    | .08    | -.03   | -.01   |              | .06    | .10    | .04    | .06   |
| Dominio entorno       |                       | -.02   | -.08   | -.08   | -.07   |              | -.13   | -.18*  | -.15   | -.18*  |                   | .02    | -.02   | -.02   | .00  |                      | -.09   | -.13   | -.14   | -.15 |           | .07    | .02    | .00   | .04  |          | -.04   | -.10   | -.08    | -.06   |            | .04    | .02    | .01  | .03  |              | -.08   | -.13   | -.10   | -.10   |              | -.05   | -.09   | -.14   | -.13  |
| Crecimi. personal     |                       | .02    | .05    | .10    | .06    |              | .15    | .17*   | .16    | .16    |                   | -.01   | .02    | .09    | .06  |                      | -.01   | .02    | .12    | .10  |           | .06    | .08    | .10   | .06  |          | .06    | .08    | .12     | .08    |            | -.12   | -.11   | -.15 | -.17 |              | -.07   | -.05   | .03    | .00    |              | -.01   | .02    | .11    | .08   |
| Ingresos prisión      |                       |        | -.02   | -.01   | .01    |              |        | .00    | -.04   | -.01   |                   |        | -.04   | -.05   | -.04 |                      |        | -.07   | -.02   | .02  |           |        | .00    | -.01  | -.01 |          |        | .06    | .06     | .07    |            |        | .08    | .04  | .04  |              |        | -.08   | -.05   | -.05   |              |        | -.04   | -.01   | .00   |
| Ac.estresantes        |                       |        | .02    | .03    | .00    |              |        | .01    | -.01   | -.01   |                   |        | .03    | .05    | .05  |                      |        | -.04   | .02    | .01  |           |        | -.03   | -.02  | -.06 |          |        | .10    | .09     | .07    |            |        | .09    | .03  | .01  |              |        | -.06   | -.01   | -.02   |              |        | .01    | -.01   | -.02  |
| Molestias prisión     |                       |        | .21*** | .20*** | .24*** |              |        | .22**  | .18*   | .22**  |                   |        | .10    | .09    | .13* |                      |        | .12*   | .14*   | .19* |           |        | .15*   | .12*  | .15* |          |        | .25*** | .25***  | .29*** |            |        | .10    | .12  | .14* |              |        | .22*** | .22*   | .23*** |              |        | .16*   | .16*   | .20*  |
| Estrés percibido      |                       |        | .32*** | .29*** | .24*** |              |        | .29*** | .27*** | .27**  |                   |        | .28*** | .28*** | .22* |                      |        | .30*** | .32*** | .25* |           |        | .31*** | .24*  | .18* |          |        | .32*** | .29***  | .23*   |            |        | .13    | .10  | .08  |              |        | .26*** | .28*** | .24*   |              |        | .25**  | .25*   | .21*  |
| Ap. social obj        |                       |        | -.10   | -.09   |        |              |        | -.07   | -.05   |        |                   |        | -.06   | -.06   |      |                      |        | -.09   | -.09   |      |           |        | -.24   | -.24* |      |          |        | -.11   | -.11    |        |            |        | -.03   | -.04 |      |              |        | -.08   | -.07   |        |              |        | -.10   | -.08   |       |
| Ap. Social subj       |                       |        | .03    | .03    |        |              |        | .03    | .01    |        |                   |        | .02    | .04    |      |                      |        | .02    | .04    |      |           |        | .07    | .07   |      |          |        | .15    | .16*    |        |            |        | .07    | .08  |      |              |        | .04    | .04    |        |              |        | .00    | .00    |       |
| Optimismo             |                       |        | .14    | .15    |        |              |        | -.08   | -.08   |        |                   |        | .16    | .17    |      |                      |        | .16    | .21    |      |           |        | .00    | .02   |      |          |        | .16    | .17     |        |            |        | .24*   | .27* |      |              |        | .26*   | .25*   |        |              |        | .19    | .17    |       |
| Int. Emocional        |                       |        | -.13   | -.12   |        |              |        | -.19*  | -.17   |        |                   |        | -.21*  | -.20*  |      |                      |        | -.04   | .01    |      |           |        | -.07   | -.07  |      |          |        | -.08   | -.07    |        |            |        | -.16   | -.15 |      |              |        | .00    | .00    |        |              |        | -.15   | -.14   |       |
| Ment. Abierta         |                       |        | -.16*  | -.20*  |        |              |        | -.22*  | -.26** |        |                   |        | -.10   | -.14   |      |                      |        | -.08   | -.11   |      |           |        | -.01   | -.03  |      |          |        | -.23*  | -.26*** |        |            |        | -.11   | -.12 |      |              |        | -.24*  | -.26*  |        |              |        | -.10   | -.15   |       |
| Confrontación         |                       |        | .07    | .08    |        |              |        | .07    | .11    |        |                   |        | .07    | .07    |      |                      |        | .06    | .10    |      |           |        | .06    | .06   |      |          |        | .10    | .11     |        |            |        | .00    | .00  |      |              |        | -.12   | -.12   |        |              |        | .17*   | .19*   |       |
| Autocontrol           |                       |        | -.03   | .03    |        |              |        | .00    | .02    |        |                   |        | -.14   | -.10   |      |                      |        | -.06   | -.02   |      |           |        | -.12   | -.05  |      |          |        | -.08   | -.03    |        |            |        | .15    | .17* |      |              |        | -.04   | .01    |        |              |        | .02    | .07    |       |
| Huida-evitación       |                       |        | .06    | .09    |        |              |        | .06    | .04    |        |                   |        | .16*   | .19*   |      |                      |        | .05    | .05    |      |           |        | .13    | .18*  |      |          |        | .08    | .12     |        |            |        | -.09   | -.08 |      |              |        | .13    | .16    |        |              |        | -.05   | -.02   |       |
| Benevol. Mundo        |                       |        | -.11   | -.14   |        |              |        | -.03   | -.05   |        |                   |        | -.11   | -.14   |      |                      |        | -.10   | -.16   |      |           |        | -.18*  | -.20* |      |          |        | -.13   | -.16    |        |            |        | -.03   | -.05 |      |              |        | -.10   | -.10   |        |              |        | -.14   | -.15   |       |
| Benevol.personas      |                       |        | .05    | .06    |        |              |        | .01    | -.01   |        |                   |        | .03    | .04    |      |                      |        | .05    | .06    |      |           |        | .14    | .15   |      |          |        | .15    | .17*    |        |            |        | .13    | .14  |      |              |        | -.05   | -.03   |        |              |        | .05    | .04    |       |
| Controlabilidad       |                       |        | .00    | .04    |        |              |        | -.15*  | -.15   |        |                   |        | -.01   | .03    |      |                      |        | -.04   | .00    |      |           |        | -.02   | .01   |      |          |        | .02    | .06     |        |            |        | -.02   | -.01 |      |              |        | -.03   | -.01   |        |              |        | .08    | .10    |       |
| Azar                  |                       |        | -.01   | -.04   |        |              |        | .00    | -.02   |        |                   |        | .08    | .07    |      |                      |        | -.08   | -.10   |      |           |        | .05    | .01   |      |          |        | -.07   | -.09    |        |            |        | .01    | .00  |      |              |        | -.05   | -.07   |        |              |        | -.08   | -.10   |       |
| E. perc. x autocept   |                       |        |        | -.27*  |        |              |        |        | -.22   |        |                   |        |        | -.27*  |      |                      |        |        | -.13   |      |           |        |        | -.29* |      |          |        |        | -.22*   |        |            |        |        | -.12 |      |              |        |        | -.11   |        |              |        |        | -.30*  |       |
| E. perc. x rel.posit  |                       |        |        | -.02   |        |              |        |        | .01    |        |                   |        |        | -.08   |      |                      |        |        | -.02   |      |           |        |        | .04   |      |          |        |        | -.01    |        |            |        |        | .03  |      |              |        |        | -.01   |        |              |        |        | -.06   |       |
| E. perc. x autonomí   |                       |        |        | -.12*  |        |              |        |        | .09    |        |                   |        |        | -.10   |      |                      |        |        | -.08   |      |           |        |        | -.21* |      |          |        |        | -.15*   |        |            |        |        | -.09 |      |              |        |        | -.11   |        |              |        |        | -.05   |       |
| E. perc. x prop.vida  |                       |        |        | .08    |        |              |        |        | .05    |        |                   |        |        | .13    |      |                      |        |        | -.10   |      |           |        |        | .13   |      |          |        |        | .08     |        |            |        |        | .05  |      |              |        |        | .05    |        |              |        |        | .15    |       |
| E. perc. x dom. ent.  |                       |        |        | .05    |        |              |        |        | -.01   |        |                   |        |        | .09    |      |                      |        |        | .11    |      |           |        |        | .08   |      |          |        |        | .03     |        |            |        |        | .08  |      |              |        |        | -.05   |        |              |        |        | .02    |       |
| E. perc. x crec.pers. |                       |        |        | .01    |        |              |        |        | -.05   |        |                   |        |        | -.06   |      |                      |        |        | -.11   |      |           |        |        | .04   |      |          |        |        | -.01    |        |            |        |        | -.04 |      |              |        |        | .04    |        |              |        |        | .05    |       |
| Cambio R <sup>2</sup> | .43***                | .06**  | .12*** | .04    | .04*   | .31***       | .03    | .11*** | .08    | .03    | .38***            | .05    | .07    | .08    | .04+ | .23***               | .09*** | .09*** | .06    | .06+ | .33***    | .06*   | .09*** | .07   | .05+ | .32***   | .04    | .16*** | .08     | .04    | .32***     | .02    | .04+   | .15+ | .01  | .19***       | .12*** | .10*** | .12    | .02    | .34**        | .06*   | .07*** | .09    | .03   |
| R <sup>2</sup>        |                       |        |        | .69*** |        |              |        | .56*** |        |        |                   |        | .62*** |        |      |                      |        | .53*** |        |      |           |        | .59*** |       |      |          |        | .63*** |         |        |            |        | .53*** |      |      |              |        | .54*** |        |        |              |        | .59**  |        |       |

\*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; +  $p < 0,10$

Tabla 7.6.8. (cont.) Coeficientes de regresión de las variables criterio relacionadas con la conducta desadaptada

|                       | Quejas salud subjetiva |               |               |              |              | Ira           |               |               |               |               | Hostilidad    |               |               |             |               | Nivel agresividad total |               |               |               |               | Suicidio      |               |               |               |               |
|-----------------------|------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|---------------|-------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                       | 1                      | 2             | 3             | 4            | 5            | 1             | 2             | 3             | 4             | 5             | 1             | 2             | 3             | 4           | 5             | 1                       | 2             | 3             | 4             | 5             | 1             | 2             | 3             | 4             | 5             |
| Edad del interno      | <b>,18*</b>            | <b>,174*</b>  | <b>,178*</b>  | ,14          | ,09          | -,07          | -,06          | -,04          | -,03          | -,04          | -,05          | -,04          | -,01          | ,01         | -,01          | -,06                    | -,05          | -,05          | -,03          | -,06          | <b>,22***</b> | <b>,21***</b> | <b>,22***</b> | <b>,21***</b> | <b>,18***</b> |
| Cultura               | ,01                    | ,02           | ,05           | ,04          | ,06          | -,05          | -,02          | -,02          | -,09          | -,10          | -,09          | -,04          | -,03          | -,05        | -,07          | -,04                    | -,03          | -,01          | -,07          | -,08          | -,05          | -,03          | -,01          | ,02           | ,02           |
| Ingr. previos mens.   | -,02                   | ,00           | ,01           | ,01          | -,01         | ,01           | ,02           | ,02           | ,03           | ,03           | -,12+         | -,09          | -,10          | -,04        | -,02          | -,04                    | -,03          | -,02          | ,01           | ,02           | <b>-,11*</b>  | -,09          | -,09          | -,09          | -,09          |
| Cons. drogas          | ,00                    | -,04          | -,07          | -,03         | -,04         | -,04          | -,04          | -,02          | -,12          | -,12          | -,05          | -,06          | -,05          | -,12        | -,14          | ,02                     | ,02           | ,02           | -,12          | -,12          | <b>,19***</b> | <b>,15*</b>   | <b>,15*</b>   | ,11           | ,11           |
| Trast. límite pers.   | -,02                   | -,02          | -,01          | -,03         | -,06         | <b>,24***</b> | <b>,22*</b>   | <b>,23*</b>   | <b>,20*</b>   | <b>,18+</b>   | ,14           | ,11           | ,15           | ,14         | ,11           | <b>,31***</b>           | <b>,30***</b> | <b>,30***</b> | <b>,25*</b>   | <b>,23*</b>   | ,04           | ,06           | ,07           | ,04           | ,02           |
| Trast. antisoc pers.  | <b>,51***</b>          | <b>,49***</b> | <b>,37***</b> | <b>,33**</b> | <b>,34**</b> | <b>,37***</b> | <b>,36***</b> | <b>,36***</b> | <b>,35***</b> | <b>,35***</b> | <b>,40***</b> | <b>,38***</b> | <b>,30***</b> | <b>,26*</b> | <b>,25*</b>   | <b>,35***</b>           | <b>,34***</b> | <b>,28***</b> | <b>,28*</b>   | <b>,27*</b>   | <b>,61***</b> | <b>,58***</b> | <b>,54***</b> | <b>,49***</b> | <b>,50***</b> |
| Autoaceptación        |                        | -,18          | -,20          | <b>-,27+</b> | -,21         | ,06           | ,05           | -,05          | -,07          |               | ,02           | -,01          | ,02           | -,02        |               | ,03                     | ,01           | -,07          | -,12          |               | -,12          | -,13          | -,03          | -,03          |               |
| Rel.positivas         |                        | ,03           | ,08           | <b>,19+</b>  | ,17          | -,13          | -,13          | -,15          | -,16          |               | -,14          | -,12          | -,12          | -,15        |               | -,09                    | -,07          | -,07          | -,09          |               |               | ,01           | ,02           | ,05           | ,04           |
| Autonomía             |                        | -,05          | -,04          | -,04         | -,02         | -,04          | -,02          | -,03          | -,05          |               | <b>-,14+</b>  | -,12          | <b>-,15+</b>  | -,14        |               | -,02                    | ,00           | -,04          | -,04          |               |               | ,00           | ,02           | ,01           | ,02           |
| Propósito vida        |                        | ,02           | ,05           | ,08          | ,10          | -,05          | -,01          | -,02          | ,00           |               | -,06          | -,03          | ,01           | ,03         |               | -,04                    | -,01          | ,02           | ,05           |               |               | -,08          | -,05          | -,09          | -,08          |
| Dominio entorno       |                        | ,06           | ,03           | ,01          | -,02         | ,07           | ,07           | ,04           | ,06           |               | ,09           | ,07           | -,01          | ,00         |               | ,02                     | ,01           | -,04          | -,02          |               |               | ,02           | ,01           | ,00           | ,00           |
| Crecimiento           |                        | -,07          | -,04          | ,00          | -,02         | ,01           | ,01           | ,01           | -,01          |               | ,02           | ,04           | ,09           | ,06         |               | ,03                     | ,03           | ,04           | ,01           |               |               | ,00           | ,00           | ,06           | ,05           |
| Ingresos previos      |                        |               | -,01          | -,05         | -,01         | ,02           | ,04           | ,04           | ,04           |               | -,06          | -,01          | ,00           | ,00         |               | ,02                     | ,04           | ,04           | ,04           |               |               | ,02           | ,02           | ,01           | ,01           |
| Ac.estresantes        |                        |               | ,10           | ,10          | ,09          |               | -,08          | -,11          | -,11          |               | -,03          | -,01          | -,01          | -,01        |               | ,01                     | ,00           | ,01           |               |               |               | -,03          | -,02          | -,03          | -,03          |
| Molestias prisión     |                        |               | ,12           | ,12          | <b>,16*</b>  |               | -,01          | ,05           | ,07           |               | ,06           | ,13           | <b>,14*</b>   |             |               | ,05                     | <b>,12+</b>   | <b>,14*</b>   |               |               |               | ,06           | ,05           | ,06           | ,06           |
| Estrés percibido      |                        |               | <b>,19*</b>   | ,15          | ,14          |               | ,08           | <b>,18*</b>   | ,15           |               | <b>,20*</b>   | <b>,24*</b>   | <b>,20*</b>   |             |               | <b>,13+</b>             | <b>,19*</b>   | ,15           |               |               |               | <b>,12+</b>   | ,08           | ,07           | ,07           |
| Ap. social obj        |                        |               |               | <b>-,18+</b> | -,14         |               |               | -,10          | ,09           |               |               | -,02          | -,02          |             |               | ,09                     | -,09          | -,08          |               |               |               |               | -,08          | -,06          | -,06          |
| Optimismo             |                        |               |               | ,12          | ,10          |               |               | ,22           | ,22           |               |               | <b>,52***</b> | <b>,53***</b> |             |               |                         | <b>,36*</b>   | <b>,35*</b>   |               |               |               |               | ,01           | -,01          | -,01          |
| Vitalidad             |                        |               |               | -,03         | -,07         |               |               | -,03          | -,01          |               |               | <b>-,18+</b>  | <b>-,19+</b>  |             |               |                         | -,14          | -,13          |               |               |               |               | -,02          | -,04          | -,04          |
| Autocontrol           |                        |               |               | -,11         | -,06         |               |               | -,14          | -,14          |               |               | -,18          | -,18          |             |               |                         | <b>-,24*</b>  | <b>-,22+</b>  |               |               |               |               | -,01          | ,03           | ,03           |
| Int. Emocional        |                        |               |               | -,04         | -,04         |               |               | ,10           | ,10           |               |               | ,09           | ,10           |             |               |                         | ,07           | ,08           |               |               |               |               | -,05          | -,05          | -,05          |
| Sol.problemas         |                        |               |               | ,00          | ,02          |               |               | -,14          | -,14          |               |               | <b>-,27*</b>  | <b>-,31*</b>  |             |               |                         | -,13          | -,14          |               |               |               |               | -,05          | -,02          | -,02          |
| Ment. Abierta         |                        |               |               | -,05         | -,09         |               |               | -,10          | -,11          |               |               | -,08          | -,08          |             |               |                         | <b>-,20*</b>  | <b>-,21*</b>  |               |               |               |               | -,09          | -,11          | -,11          |
| Confrontación         |                        |               |               | -,10         | -,06         |               |               | <b>,20*</b>   | <b>,19*</b>   |               |               | -,08          | -,09          |             |               |                         | ,13           | ,12           |               |               |               |               | -,02          | -,01          | -,01          |
| Autocontrol           |                        |               |               | -,06         | -,01         |               |               | ,15           | ,17           |               |               | <b>,26*</b>   | <b>,28*</b>   |             |               |                         | <b>,21*</b>   | <b>,23*</b>   |               |               |               |               | ,06           | ,09           | ,09           |
| Huida-evitación       |                        |               |               | ,13          | ,12          |               |               | <b>-,20+</b>  | <b>-,18*</b>  |               |               | -,15          | -,13          |             |               |                         | <b>-,21*</b>  | <b>-,19*</b>  |               |               |               |               | -,06          | -,03          | -,03          |
| Suerte                |                        |               |               | ,09          | ,09          |               |               | <b>,21*</b>   | <b>,21*</b>   |               |               | -,08          | -,09          |             |               |                         | ,09           | ,08           |               |               |               |               | -,08          | -,06          | -,06          |
| E. perc. x autocept   |                        |               |               |              | <b>-,31*</b> |               |               |               | -,13          |               |               |               | -,02          |             |               |                         |               | -,12          |               |               |               |               |               | -,13          | -,13          |
| E. perc. x rel.posit  |                        |               |               |              | ,06          |               |               |               | -,08          |               |               |               | -,01          |             |               |                         |               | -,08          |               |               |               |               |               | ,00           | ,00           |
| E. perc. x autonomía  |                        |               |               |              | ,19          |               |               |               | ,09           |               |               |               | ,05           |             |               |                         |               | ,12           |               |               |               |               |               | ,07           | ,07           |
| E. perc. x prop.vida  |                        |               |               |              | ,05          |               |               |               | -,06          |               |               |               | -,12          |             |               |                         |               | -,08          |               |               |               |               |               | -,04          | -,04          |
| E. perc. x dom. ent.  |                        |               |               |              | -,12         |               |               |               | ,10           |               |               |               | ,00           |             |               |                         |               | ,04           |               |               |               |               |               | -,05          | -,05          |
| E. perc. x crec.pers. |                        |               |               |              | -,04         |               |               |               | -,05          |               |               |               | -,08          |             |               |                         |               | -,08          |               |               |               |               |               | -,09          | -,09          |
| Cambio R <sup>2</sup> | <b>,26***</b>          | <b>,03</b>    | <b>,06*</b>   | <b>,07</b>   | <b>,04</b>   | <b>,28</b>    | <b>,03</b>    | <b>,04</b>    | <b>,16*</b>   | <b>,02</b>    | <b>,28***</b> | <b>,03</b>    | <b>,04</b>    | <b>,16+</b> | <b>,02</b>    | <b>,37***</b>           | <b>,01</b>    | <b>,02</b>    | <b>,18***</b> | <b>,02</b>    | <b>,58***</b> | <b>,03</b>    | <b>,02</b>    | <b>,06</b>    | <b>,01</b>    |
| R <sup>2</sup>        |                        |               |               |              | <b>,46**</b> |               |               |               |               | <b>,51***</b> |               |               |               |             | <b>,53***</b> |                         |               |               |               | <b>,60***</b> |               |               |               |               | <b>,69***</b> |

\*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; +  $p < 0,1$



## ▣ Variables criterio relacionadas con el estado de salud mental

- **Indice de severidad global**

Como vemos, el 69% de la varianza de la variable *índice de severidad global* que nos ha servido para medir el nivel de *desgaste psicológico*, se explica a partir del conjunto de variables propuesto desde el modelo teórico que planteamos ( $R^2 = 0,69$  ;  $F = 5,52$   $p < 0,001$ ). Además, salvo el conjunto de variables relacionado con los recursos, el resto de variables han supuesto un incremento significativo en la varianza explicada de dicha variable, según se han ido introduciendo en el modelo de regresión. Tanto las variables sociodemográficas ( $\Delta R^2 = ,43$ ;  $F = 19,05$   $p < 0,001$ ), como las dimensiones del bienestar psicológico ( $\Delta R^2 = 0,06$ ;  $F = 2,79$ ,  $p < 0,01$ ), los estresores ( $\Delta R^2 = 0,12$ ;  $F = 11,18$ ;  $p < 0,001$ ) y la interacción entre el estrés y las dimensiones del bienestar ( $\Delta R^2 = 0,04$ ;  $F = 2,40$ ,  $p < 0,05$ ) han incidido de manera importante sobre los cambios en la varianza del desgaste psicológico de los internos participantes.

Así el *desgaste o malestar psicológico* es explicado de forma significativa por las siguientes variables predictoras: la edad ( $B = ,23$ ,  $t = 3,33$ ;  $p < 0,001$ ), la variable relacionada con el trastorno antisocial de la personalidad ( $B = 0,26$ ,  $t = 2,93$ ;  $p < 0,001$ ), ambas en sentido positivo; la dimensión de relaciones positivas ( $B = -0,15$ ,  $t = -1,95$ ;  $p < 0,10$ ), de forma inversa; las molestias en prisión ( $B = 0,24$ ,  $t = 3,80$ ;  $p < 0,001$ ) relacionándose de forma positiva con el desgaste psicológico; y el nivel de estrés percibido ( $B = 0,24$ ,  $t = 3,11$ ;  $p < 0,001$ ) también con una influencia positiva sobre éste; el recurso psicológico de mentalidad abierta ( $B = -0,20$  ,  $t = -2,54$ ;  $p < 0,05$ ) con un impacto negativo sobre la variable criterio, y la interacción del nivel de estrés percibido con las dimensiones de autoaceptación ( $B = -0,27$ ,  $t = -2,35$ ;  $p < 0,05$ ) y autonomía ( $B = -0,12$ ,  $t = -1,72$ ;  $p < 0,10$ ). Decir en este punto que el consumo de drogas previo, ha tenido un peso significativo y positivo en los primeros pasos del modelo, aunque su influencia se ha perdido con la inclusión de nuevas variables, en los últimos pasos de la ecuación.

- **Sintomatología psicopatológica**

Las subescalas referidas a *sintomatología psicopatológica*, que recordamos fueron evaluadas a través del Inventario Breve de Síntomas de Derogatis comprobamos como han podido explicarse de forma significativa por el conjunto final de variables predictoras que hemos estudiado, oscilando los porcentajes de dicha varianza explicada entre un 63% y un 53% , el 63% correspondiente a la variable de *ansiedad* y ( $R^2 = 0,63$ ;  $F = 4,16$ ;  $p < 0,001$ ) y el 53% para los casos de las subescalas de *sensibilidad interpersonal* ( $R^2 = 0,53$ ;  $F = 2,72$ ;  $p < 0,001$ ) y *hostilidad* ( $R^2 = 0,53$ ;  $F = 2,81$ ;  $p < 0,001$ ).

Por grupos de variables, las referidas a *aspectos sociodemográficos y trastornos de personalidad* se han relacionado de forma significativa con todas las subescalas del Inventario Breve de Síntomas de Derogatis. Los porcentajes de varianza explicada por estas variables independientes han sido muy altos, entre el 19% en el caso de la *ideación paranoide* ( $\Delta R^2 = 0,19$ ;  $F = 5,86$ ,  $p < 0,001$ ) y el 38% para la variable *obsesión-compulsión* ( $\Delta R^2 = 0,38$ ;  $F = 15,65$ ,  $p < 0,001$ ).

En el caso de las dimensiones que conforman el constructo de *bienestar psicológico*, su inclusión en el segundo paso de la ecuación de regresión ha tenido un impacto reducido pero significativo en cinco de las ocho subescalas consideradas como variables criterio, que han sido: *obsesión-compulsión* ( $\Delta R^2 = 0,05$ ,  $F = 2,17$ ,  $p < 0,10$ ), *sensibilidad interpersonal* ( $\Delta R^2 = 0,09$ ;  $F = 3,37$ ,  $p < 0,001$ ), *depresión* ( $\Delta R^2 = 0,06$ ;  $F = 2,32$ ,  $p < 0,05$ ), *ideación paranoide* ( $\Delta R^2 = 0,12$ ;  $F = 4,15$ ,  $p < 0,001$ ) y *psicoticismo* ( $\Delta R^2 = 0,06$ ;  $F = 2,52$ ,  $p < 0,05$ ). Como vemos, los porcentajes de varianza explicada por el conjunto de dimensiones del bienestar psicológico como variables criterio ha ido desde el 5% para la variable criterio de obsesión-compulsión hasta el 12% en el caso de ideación paranoide.

Se observa también que el conjunto de variables referido a las *demandas o estresores* mantiene una relación significativa con todas las subescalas relacionadas con la sintomatología psicopatológica, y con su entrada en la ecuación de regresión aumenta la varianza explicada de las todas las variables criterio relacionadas con el estado de salud mental. Los porcentajes oscilan entre un 11% en el caso de la *somatización* ( $\Delta R^2 = 0,11$ ;  $F = 7,15$ ,  $p < 0,001$ ), y un 4% para la variable de *hostilidad* ( $\Delta R^2 = 0,04$ ,  $F = 2,09$ ,  $p < 0,10$ ).

En un cuarto momento de la ecuación se ha incluido el conjunto de variables relacionados con los *recursos*, su entrada no ha supuesto un impacto significativo sobre las variables de salud mental salvo en el caso de la subescala de hostilidad con una tendencia significativa, incrementado en un importante 15% la varianza explicada de esta variable dependiente ( $\Delta R^2 = 0,15$ ;  $F = 1,53$ ,  $p < 0,10$ ).

En último lugar, podemos apreciar como el grupo de variables referido a la interacción entre la variable *nivel de estrés percibido* y las diferentes dimensiones del bienestar psicológico ha incrementado de manera reducida, pero con una tendencia significativa el porcentaje de varianza explicado únicamente en tres de las ocho dimensiones objeto de este análisis. Estas variables criterio han sido *obsesión compulsión* ( $\Delta R^2 = 0,04$ ,  $F = 1,92$ ;  $p < 0,10$ ), *sensibilidad interpersonal* ( $\Delta R^2 = 0,06$ ;  $F = 2,24$ ,  $p < 0,10$ ) y *depresión* ( $\Delta R^2 = 0,05$ ;  $F = 2,12$ ,  $p < 0,10$ ).

Pasamos ahora a analizar las variables independientes que han influido de forma importante en la sintomatología psicopatológica de esta muestra.

Observando los coeficientes de regresión, en el caso de la subescala de *somatización* las variables predictoras han resultado ser: la edad ( $B = 0,35$ ,  $t = 4,13$ ;  $p < 0,001$ ), la variable de trastorno antisocial de la personalidad ( $B = 0,18$ ,  $t = 1,76$ ;  $p < 0,10$ ), la dimensión de dominio del entorno ( $B = -0,18$ ,  $t = -1,86$ ;  $p < 0,10$ ) en sentido inverso, las molestias en prisión ( $B = 0,22$ ,  $t = 2,85$ ;  $p < 0,01$ ) y el nivel de estrés percibido ( $B = 0,27$ ,  $t = 2,95$ ;  $p < 0,01$ ), y la mentalidad abierta como recurso personal ( $B = -0,26$ ,  $t = -2,72$ ;  $p < 0,01$ ), también en sentido inverso.

Para la variable de *obsesión compulsión* los predictores más significativos han sido: la edad ( $B = 0,19$ ,  $t = 2,41$ ;  $p < 0,05$ ), el trastorno antisocial de la personalidad ( $B = 0,23$ ,  $t = 2,41$ ;  $p < 0,05$ ), las molestias en prisión ( $B = 0,13$ ,  $t = 1,81$ ;  $p < 0,10$ ) y el nivel de estrés percibido ( $B = 0,22$ ,  $t = 2,59$ ;  $p < 0,05$ ), todos ellos en una relación positiva con esta variable criterio; también el recurso psicológico de inteligencia emocional ( $B = -0,20$ ,  $t = -1,90$ ;  $p < 0,10$ ) impactando de manera inversa, la huida-evitación como estrategia de afrontamiento ( $B = 0,19$ ,  $t = 2,13$ ;  $p < 0,05$ ) en una relación positiva, y la interacción del nivel de estrés percibido con la dimensión de autoaceptación ( $B = -0,27$ ,  $t = -2,11$ ;  $p < 0,05$ ).

La subescala de *sensibilidad interpersonal* estaría únicamente explicada de forma significativa por las variables independientes de edad ( $B = 0,20$ ,  $t = 2,35$ ;  $p < 0,05$ ), las molestias en prisión ( $B = 0,19$ ,  $t = 2,40$ ;  $p < 0,05$ ) y el nivel de estrés percibido ( $B = 0,25$ ,  $t = 2,69$ ,  $p < 0,01$ ). Las dimensiones de relaciones positivas y autonomía se observa que tienen un peso importante y negativo en el primer paso del modelo de regresión ( $B = -0,17$ ,  $t = -2,09$   $p < 0,05$  y  $B = -0,16$ ,  $t = -2,03$ ,  $p < 0,5$  respectivamente) pero se pierde su efecto en pasos posteriores.

En relación con una de las subescalas más relevantes en el medio penitenciario, que es la *depresión*, el análisis de regresión realizado muestra cómo los principales predictores para esta variable han sido:

- la variable de trastorno antisocial de la personalidad ( $B = 0,25$ ,  $t = 2,54$ ;  $p < 0,05$ ),
- las molestias en prisión ( $B = 0,15$ ,  $t = 2,09$ ;  $p < 0,05$ ) y el nivel de estrés percibido ( $B = 0,18$ ,  $t = 2,07$ ;  $p < 0,05$ ),
- los recursos de apoyo social objetivo ( $B = -0,24$ ,  $t = -2,63$   $p < 0,05$ ), huida y evitación ( $B = 0,18$ ,  $t = 1,96$ ;  $p < 0,10$ ) y benevolencia del mundo ( $B = -0,20$ ,  $t = -2,06$   $p < 0,05$ )
- la interacción entre el nivel de estrés percibido y las dimensiones de autoaceptación ( $B = -0,28$ ,  $t = -2,16$   $p < 0,03$ ) y autonomía ( $B = -0,21$   $t = -2,61$ ,  $p < 0,05$ ).

Decir también que la edad ha mostrado predecir de forma significativa la variable depresión aunque su efecto ha desaparecido a partir del cuarto paso del modelo. Y otra variable que consideramos muy importante, el consumo de droga, ha incidido positivamente sobre esta depresión únicamente en el primer paso de la ecuación, al igual que la dimensión de relaciones positivas, en este caso influyendo de forma inversa, como era de esperar, sobre la depresión.

La *ansiedad*, de gran importancia también por su frecuencia en el contexto penitenciario, observamos que sería explicada a partir de las siguientes variables predictoras: la edad ( $B = 0,20$ ,  $t = 2,58$ ;  $p < 0,05$ ), las molestias en prisión ( $B = 0,29$ ,  $t = 4,15$ ;  $p < 0,001$ ) y el nivel de estrés percibido ( $B = 0,22$ ,  $t = 2,72$ ;  $p < 0,01$ ), los recursos de apoyo social subjetivo ( $B = 0,16$ ,  $t = 1,74$ ;  $p < 0,10$ ) –todas estas variables hasta ahora influyendo de forma positiva sobre la ansiedad.–, mentalidad abierta ( $B = -0,26$ ,  $t = -2,98$   $p < 0,001$ ), en una relación inversa, y

positivamente, la benevolencia de las personas ( $B = 0,17$ ,  $t = 1,82$ ;  $p < 0,10$ ) y por último, la interacción entre el nivel de estrés percibido y las dimensiones de autoaceptación ( $B = -0,22$ ,  $t = -1,77$ ,  $p < 0,10$ ) y autonomía ( $B = -0,15$ ,  $t = -1,91$ ;  $p < 0,10$ ).

La subescala de *hostilidad* podría estimarse a partir de los predictores de trastorno antisocial de la personalidad ( $B = 0,22$ ,  $t = 2,08$ ;  $p < 0,05$ ), las molestias en prisión ( $B = 0,14$ ,  $t = 1,73$ ,  $p < 0,10$ ), el optimismo ( $B = 0,26$ ,  $t = 1,85$ ;  $p < 0,10$ ) y el autocontrol ( $B = -0,35$ ,  $t = -2,89$ ;  $p < 0,01$ ) como recursos psicológicos así como el autocontrol referido a estrategia de afrontamiento ( $B = 0,17$ ,  $t = 1,71$ ,  $p < 0,10$ ).

En el caso de la variable criterio de *ideación paranoide*, los predictores con un peso más significativo sobre ella han resultado ser: la edad ( $B = 0,27$ ,  $t = 3,12$ ,  $p < 0,01$ ), y de forma inversa la dimensión de relaciones positivas ( $B = -0,33$ ,  $t = -3,40$ ,  $p < 0,01$ ), positivamente las molestias en prisión ( $B = 0,23$ ,  $t = 2,98$ ;  $p < 0,01$ ) y el nivel de estrés percibido ( $B = 0,23$ ,  $t = 2,53$ ,  $p < 0,05$ ), los recursos personales de optimismo ( $B = 0,25$ ,  $t = 1,76$ ,  $p < 0,10$ ), y mentalidad abierta ( $B = -0,26$ ,  $t = -2,64$ ,  $p < 0,01$ ) este último relacionado inversamente.

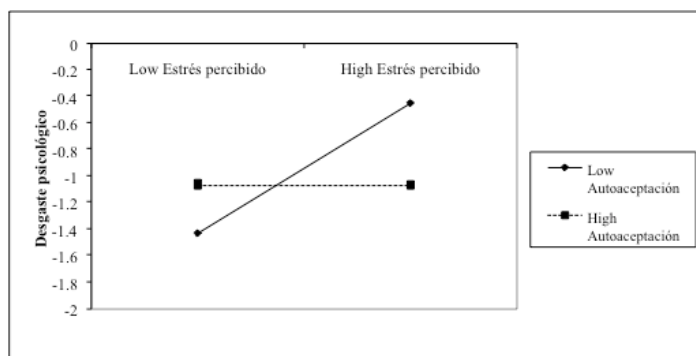
Por su parte, la subescala de *psicoticismo* estaría explicada de forma significativa por las siguientes variables predictoras: la edad ( $B = 0,20$ ,  $t = 2,47$ ,  $p < 0,05$ ), el trastorno antisocial de la personalidad ( $B = 0,23$ ,  $t = 2,25$ ,  $p < 0,05$ ), en ambos casos de manera positiva; la dimensión de relaciones positivas ( $B = -0,18$ ,  $t = -1,95$ ;  $p < 0,10$ ) con una relación inversa con el psicoticismo; las molestias en prisión ( $B = 0,20$ ,  $t = 2,67$ ;  $p < 0,01$ ) y el nivel de estrés percibido ( $B = 0,21$ ,  $t = 2,40$ ,  $p < 0,05$ ), la confrontación como estrategia de afrontamiento ( $B = 0,18$ ,  $t = 1,96$ ,  $p < 0,10$ ), -todas estas variables asociadas de forma positiva al psicoticismo-; así como la interacción entre el nivel de estrés percibido y la dimensión de autoaceptación ( $B = -0,30$ ,  $t = -2,30$ ,  $p < 0,02$ ). El consumo de drogas también parece impactar de forma significativa sobre esta variable, aunque su efecto desaparece a partir del cuarto paso del modelo jerárquico.

Se incluyen a continuación los gráficos referidos a los efectos de las interacciones entre el nivel de estrés percibido y las diferentes dimensiones del bienestar psicológico. Únicamente se muestran las interacciones significativas (sig. < 0,05) de las variables criterio de índice de severidad global (que refleja el desgaste psicológico) y depresión o ansiedad (que reflejan el agotamiento emocional) por ser estas variables dependientes las que más relacionadas están, desde un punto de vista teórico, con el impacto que tiene el estrés prolongado en prisión sobre el interno.

Vemos en el gráfico 1 la interacción de la variable autoaceptación con el estrés percibido. Los internos con un nivel alto de aceptación prácticamente no varían el índice de severidad global o desgaste psicológico en el contexto presidiario, mientras que aumenta en aquellos con baja autoaceptación.

**Figura 1. Gráfico de interacción para el Índice de Severidad Global**

**Gráfico 1. Interacción entre el nivel de estrés percibido y la dimensión de autoaceptación**



En el caso de la depresión, se muestran a continuación (figura 2) las interacciones del nivel de estrés de nuevo con la variable dimensión de autoaceptación y también con la variable dimensión de autonomía.

## Figura 2. Gráficos de interacción para la depresión

Gráfico 2.1. Interacción entre el nivel de estrés percibido y la dimensión de autoaceptación

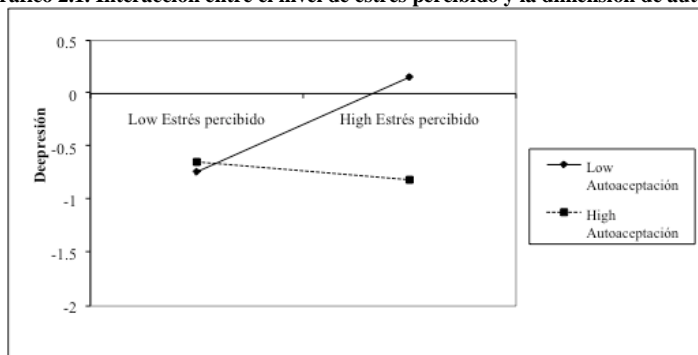
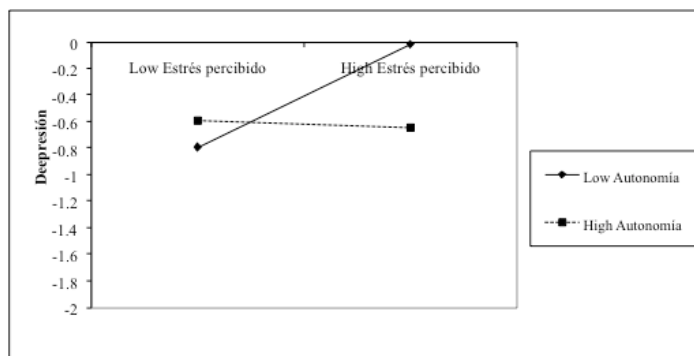


Gráfico 2.2. Interacción entre el nivel de estrés percibido y la dimensión de autonomía



El gráfico 2.1 permite ver cómo la variable de autoaceptación interacciona con el estrés percibido de forma que quienes tienen niveles altos de autoaceptación apenas varían el nivel de depresión en situaciones de alto estrés, mientras que aquellos con bajos niveles de autoaceptación aumentan claramente las tasas de depresión.

Resultados similares se observan en el gráfico 2.2. en el que la variable autonomía muestra el mismo tipo de interacción de forma que quienes tienen alta autonomía apenas varían el nivel de depresión, mientras aquellos internos con baja autonomía aumentan de forma considerable los niveles de depresión.

### ▣ Variables criterio referidas a conductas desadaptadas:

En relación con las variables criterio referidas a las *conductas de riesgo o desadaptadas* de los individuos en prisión, observamos en la tabla 7.6.8. como el modelo planteado a partir de las ecuaciones de regresión da cuenta del 46% de la varianza de la variable *quejas de salud subjetiva* ( $R^2 = 0,46$ ;  $F =$ ;  $p < .$ ), del 60% en el caso del *nivel de agresividad total* ( $R^2 = 0,60$ ;  $F =$ ;  $p < .$ ), y hasta del 69% de la varianza de la variable de *riesgo de suicidio* ( $R^2 = 0,69$ ;  $F =$ ;  $p < .$ ). En la tabla 7.6.8. podemos observar también los pesos específicos de cada una de las variables predictoras y su nivel de significación.

En conjunto, el grupo de variables objeto de análisis con un impacto más significativo sobre las conductas desadaptadas ha sido el de las *variables sociodemográficas y de trastornos de personalidad*, cuya influencia en la varianza explicada en estas variables dependientes oscila entre un 58% para el riesgo de suicidio ( $\Delta R^2 = 0,58$ ;  $F = 35,06$ ,  $p < 0,001$ ) y el 26% en el caso de las quejas de salud subjetiva ( $\Delta R^2 = 0,26$ ;  $F = 8,87$ ,  $p < 0,001$ ).

Veamos las variables criterio por separado:

- **Quejas de salud subjetiva**

En este caso, únicamente la entrada de las demandas o estresores en tercer lugar en la ecuación de regresión ha sido significativa, incrementando en un 6% el porcentaje de varianza explicada de esta variable criterio ( $\Delta R^2 = 0,06$ ;  $F = 2,97$ ,  $p < 0,05$ ).

La tabla muestra además, que los mejores predictores han resultado ser el trastorno antisocial de la personalidad ( $B = 0,342$ ,  $t = 2,946$ ;  $p < 0,01$ ), las molestias diarias en prisión ( $B = 0,16$ ,  $t = 1,89$ ;  $p < 0,10$ ), y la interacción entre el nivel de estrés percibido y nivel de autoaceptación del interno ( $B = -,31$ ,  $t = -2,06$ ;  $p < 0,10$ ).

- **Conducta agresiva**

En relación con el *nivel de agresividad*, el conjunto de variables con mayor impacto ha sido el de las *variables sociodemográficas y de trastornos de personalidad*, cuya influencia es del 37% para nivel de agresividad total ( $\Delta R^2 = 0,37$ ;  $F = 15,12$ ,  $p < 0,001$ ). También la entrada de los recursos externos y personales hacen aumentar de forma importante el porcentaje de varianza explicada: un 18% en el nivel de agresividad total ( $\Delta R^2 = 0,18$ ;  $F =$



2;16,  $p < 0,001$ ), un 16% en las subescalas de hostilidad ( $\Delta R^2 = 0,16$ ;  $F = 1;57$ ,  $p < 0,10$ ) y de ira ( $\Delta R^2 = 0,16$ ;  $F = 1;57$ ,  $p < 0,05$ ).

En lo que se refiere a las variables independientes que han tenido un peso más específico en las diferentes ecuaciones de regresión resultantes, señalar lo siguiente:

En el caso del *nivel de agresividad total*, los predictores que mejor lo explican son:

- Los trastornos límite de la personalidad ( $B = 0,23$ ,  $t = 2,53$ ;  $p < 0,01$ ) y antisocial ( $B = 0,27$ ,  $t = 2,74$ ;  $p < 0,01$ ),
- Las molestias en prisión ( $B = 0,14$ ,  $t = 1;89$ ,  $p < 0,10$ ). El nivel de estrés percibido incide de forma significativa en los pasos tres y cuatro de la ecuación.
- El optimismo ( $B = 0,35$ ,  $t = 2,63$ ;  $p < 0,05$ ) que aunque refleja una beta negativa observamos como en los análisis de correlaciones su relación es inversa con la conducta agresiva, tal y como sería esperable desde un punto de vista teórico; la mentalidad abierta ( $B = -0,21$ ,  $t = -2,26$ ;  $p < 0,05$ ) como recursos psicológicos, esta última de manera inversa con la agresividad; y el autocontrol tanto como estrategia de afrontamiento ( $B = -0,22$ ,  $t = -1;91$   $p < 0,06$ ) como el evaluado a través del cuestionario de creencias sobre el mundo ( $B = 0,23$ ,  $t = 2,43$ ;  $p < 0,05$ ), en un caso negativamente, y en el segundo de forma positiva; y la estrategia de huida y evitación ( $B = -0,19$ ,  $t = -2,05$ ;  $p < 0,05$ ) relacionada de manera inversa con la agresividad.

La *ira*, por su parte, se ve explicada también positivamente por las variables de trastornos de personalidad límite ( $B = 0,18$ ,  $t = 1;88$   $p < 0,10$ ) y antisocial ( $B = 0,35$ ,  $t = 3,18$ ;  $p < 0,01$ ), así como por los recursos de confrontación ( $B = 0,19$ ,  $t = 1,877$ ;  $p < 0,10$ ), huida-evitación ( $B = -0,18$ ,  $t = -1;80$ ,  $p < 0,10$ ) – esta relación inversa-, y suerte ( $B = 0,21$ ,  $t = 2;31$ ,  $p < 0,02$ ).

Y la *hostilidad* puede ser explicada de forma significativa a partir de los siguientes predictores: la variable de trastorno antisocial de la personalidad ( $B = 0,25$ ,  $t = 2,33$ ;  $p < 0,05$ ), las molestias en prisión ( $B = 0,14$ ,  $t = 1;76$ ,  $p < 0,10$ ), el nivel de estrés percibido ( $B = 0,19$ ,  $t = 2;07$   $p < 0,05$ ), el optimismo ( $B = ,53$ ,  $t = 3,66$ ;  $p < 0,001$ ) y la vitalidad ( $B = -0,19$ ,  $t = -1,81$ ;  $p < 0,10$ ) como recursos psicológicos y las estrategias de afrontamiento de solución

de problemas ( $B = -0,31$ ,  $t = -2,33$ ,  $p < 0,05$ ) y autocontrol ( $B = 0,28$ ,  $t = 2,71$ ;  $p < 0,01$ ). La dimensión de propósito en la vida se relaciona de forma negativa con esta variable en los pasos uno y tres del modelo.

- **Riesgo de suicidio**

En el caso del *riesgo de suicidio* no se obtiene un impacto significativo por ninguno de los conjuntos de variables añadidos a partir de las variables sociodemográficas y trastornos de personalidad, conjunto que como hemos mencionado, explica un 58% del 69% de varianza total explicada por todos los grupos de predictores.

Las variables predictoras significativas han sido la edad ( $B = 0,18$ ,  $t = 2,52$ ;  $p < 0,05$ ) y la variable referida al trastorno antisocial de la personalidad ( $B = 0,50$ ,  $t = 5,68$ ,  $p < 0,001$ ), apareciendo también en pasos previos del modelo las variables ingresos previos en prisión - primer paso de la ecuación ( $B = -0,11$ ,  $t = -2,08$ ;  $p < 0,05$ ) en una relación inversa-, y el consumo de drogas anterior al ingreso en los tres primeros pasos de la ecuación, de manera positiva.

## **8. ANALISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS**

El análisis que se ha realizado de la información de tipo cualitativo facilitada por los participantes en este trabajo no se ha realizado utilizando las técnicas o programas que existen en la investigación cualitativa para facilitar esta tarea (p.e. ATLAS.ti). El principal motivo se debe a que no se ha querido limitar el análisis cualitativo a una exploración de frecuencias de respuesta o a la creación de etiquetas o categorías comunes, sino que pretendíamos que la información facilitada por los internos pudiera enriquecer y abrir líneas de conocimiento a las que, a partir de los análisis convencionales es más difícil acceder. Para ello, era necesario profundizar en la información, y analizar no sólo lo que el interno expresaba sino también cómo lo hacía, lo que no decía, o el modo en que se ha implicado emocionalmente en dichos trechos de información, por lo que se ha optado por no apoyarnos en ninguna herramienta informática de tipo cualitativo.

Es por esto que esta parte pretende ser una primera aproximación a las cuestiones planteadas, a partir de la cual creemos fundamental se puedan desarrollar nuevos análisis que permitan contrastar y profundizar en los resultados y conclusiones que aquí se reflejan.

### **8.1. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO: ANALISIS DEL CUESTIONARIO DE FRASES INCOMPLETAS**

Los resultados obtenidos a partir del Cuestionario de Frases Incompletas han pretendido explorar el bienestar psicológico de los reclusos a partir de su subjetividad. se han abordado de dos maneras: a) Se ha realizado una exploración de las expresiones y respuestas de los internos, en relación con las seis dimensiones de bienestar psicológico del Modelo Multidimensional de Ryff; y b) Se han comparado las respuestas a este instrumento entre aquellos internos con niveles altos y bajos de bienestar psicológico, según sus puntuaciones en el Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff.

En uno y otro análisis se han explorado las respuestas detenidamente, determinando núcleos comunes de información en cada uno de los inductores directos, y comprobando sus frecuencias. Se han planteado hipótesis ad hoc sobre determinadas respuestas que aportaban un valor añadido en relación con el análisis que estábamos realizando. Se han relacionado núcleos de información similar o contradictoria en los mismos internos, y se han

cuestionado los trechos de información facilitados a través de inductores indirectos, estableciendo posibles relaciones y explicaciones a determinados planteamientos.

### a) Análisis cualitativo por dimensiones de bienestar psicológico

Para facilitar el análisis de los resultados cualitativos en este punto, se ha realizado un acuerdo interjueces en el que han participado un total de 28 profesionales de la psicología, veinte de los cuales trabajan en el ámbito penitenciario, con el objetivo de acordar las frases del instrumento de evaluación utilizado que se ajustarían de manera directa a cada una de las dimensiones del Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico de Ryff. Los resultados de este acuerdo interjueces se recogen en la siguiente tabla:

**Tabla 8.1. Frases incompletas según las dimensiones del bienestar psicológico.**

| <b>Auto-aceptación</b> | <b>Relaciones positivas</b> | <b>Autonomía</b>  | <b>Propósito en la vida</b>    | <b>Dominio del entorno</b> | <b>Crecimiento personal</b> |
|------------------------|-----------------------------|-------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Soy...                 | Mi madre...                 | Consumo porque... | Pensar en el futuro...         | La prisión...              | Necesito...                 |
| Me cuesta...           | Mi padre...                 | Me gusta...       | En 5 años me veo...            | No soporto...              | Soy bueno en...             |
| Sufro cuando...        | Los amigos...               | La soledad...     | En la vida lo importante es... | Me da miedo...             | Puedo...                    |
| Me siento...           | La gente piensa que yo..    |                   | Para mí lo importante es..     |                            |                             |

Esta división permite un punto de partida y guía para el análisis de las dimensiones del bienestar psicológico, no obstante no debemos olvidar que el valor más importante de este instrumento de evaluación radica en la información facilitada por inductores indirectos, por lo que en la exposición que se hace a continuación se reflejan ambos tipos de análisis.

### a) Autoaceptación

*La dimensión de autoaceptación se refiere a la actitud positiva o apreciación positiva de uno mismo, el sentirse bien consigo mismo, siendo consciente de sus propias limitaciones.*

### Respuestas directas

- **“Soy...”:** Un 78,2% de los internos han dado respuestas directamente relacionadas con esta dimensión, destacando un 21% que se define a sí mismo como *“buena persona”*, en un intento por contrarrestar la imagen negativa que deriva del hecho de estar en prisión. En esta línea, un 45,6% se atribuya a sí mismo cualidades como *“optimista”*, *“humilde”*, *“positivo”*, *“sencillo”* o capacidades como *“trabajador”*, destacando entre estos un grupo importante de reclusos (10,4%) que se atribuye cualidades positivas relacionadas con el cambio o la mejora, p.e. *“luchador”*, *“fuerte”*, haciendo evidente lo presente que está para ellos la necesidad de cambio, o la importancia que para ellos tiene dar esa imagen positiva de sí mismos.

En el extremo opuesto, hasta un 11,5% se perciben de forma negativa, como *“mala persona”*, *“toxicómano”* o incluso *“loco”*, reflejando las creencias explícitas que tienen sobre sí mismos, lo cual no tiene porqué significar que sean peores que aquellos que se atribuyen rasgos positivos, ya que estas respuestas podrían bien ser reflejo de que se encuentran en un momento más reflexivo y autocrítico de sus vidas.

Es llamativo, también el porcentaje de internos que prefieren dar respuestas superficiales, de tipo neutro (19%) - nombre, nacionalidad o respondiendo *“soy feliz”* (casi el 20% de los que han respondido de forma neutral) o dejar la frase en blanco, (2,7%), y por tanto, no compartir la imagen que tiene de ellos o porque prefieren no plantearse.

- **“Me cuesta..”:** Unicamente el 35,3% de los internos han respondido con contenidos directamente relacionados con la autoaceptación, haciendo referencia a cualidades positivas o negativas sobre sí mismos: un 17% refiriendo aspectos sobre su relación con los otros (*“me cuesta confiar en los demás”*, *“me cuesta comunicarme”*, *“me cuesta expresar mis emociones”*) mostrando a su vez la importancia que para ellos tienen las relaciones personales. Son estas respuestas reflejo de cierta reflexión e interiorización de las limitaciones del propio individuo en el ámbito de las relaciones interpersonales.

Un 8,8% muestra cierta deseabilidad social al responder a esta frase con afirmaciones del tipo *“me cuesta enfadarme”*, *“me cuesta decir no”*, o *“me cuesta no ayudar a alguien”*. Y un 9,5% responde reconociendo la necesidad de encauzar su vida, con afirmaciones del tipo *“me cuesta cambiar”*, *“me cuesta pedir ayuda”*, bien porque realmente la prisión le está

permitiendo hacer este tipo de reflexiones más profundas o tal vez porque quiera dar una imagen positiva de sí.

Un significativo 31,1% aprovechan esta frase para expresar su experiencia subjetiva del encarcelamiento, expresando su preocupación por la situación actual que viven, a través de respuestas como “*me cuesta estar preso*” (14,2%), destacando un grupo importante de ellos la vivencia que tienen del clima social de la prisión, con frases como “*me cuesta la deslealtad*”, “*me cuesta que me mientan*” “*me cuesta ver las injusticias*” (el 8,8%).

El 8,1% muestra estar afectado por su estilo de vida, trayectoria delictiva y su parte de responsabilidad en ella, con respuestas como “*me cuesta perdonarme*”, “*me cuesta aceptarme*”, “*me cuesta olvidar el pasado*”, observamos así como para estos internos el encierro ha servido como momento de reflexión sobre su pasado, que además les está provocando sentimientos de remordimiento; y culpa porque son capaces de realizar un proceso de atribución interna en relación con la vida que ha llevado.

Un 9,5% muestra con sus respuestas lo difícil que le es estar lejos de la familia, reflejando el sentimiento de dolor por estar separado de los suyos, y mostrando así emociones de afección por los otros, de preocupación por los demás y una postura menos egocéntrica que la media de la población reclusa. Un 9,5% de los internos da respuestas de tipo más genérico, como “estudiar”, “trabajar” o “hacer deporte”; y hasta un 7,5% han dejado esta frase en blanco.

- **“Sufro cuando...”:** El 65,5% ha dado respuestas relacionadas con la autoaceptación, mostrando una reflexión e implicación con las respuestas ofrecidas, aunque en algunos casos puede estar enmascarada una intención de dar una imagen positiva de sí mismos, por su deshabilidad social. Así el 27,2% muestra una buena capacidad de empatía y preocupación por los demás al responder con afirmaciones del tipo “*sufro cuando veo injusticias*”, “*sufro con los abusos en el módulo*”, “*sufro cuando veo a otros sufrir*”. En estos casos es la prisión la realidad que aparece a través de sus respuestas, y no su realidad personal más allá de la cárcel, y en relación con el exterior. Ha llamado la atención varias respuestas de especial sensibilidad al indicar “*sufro cuando veo sufrir a un niño*”. Un 37,4% relaciona esta frase con la familia, un grupo importante evidenciando la importancia que para él tiene su red de apoyo familiar, que en prisión se convierten además en la única forma de mantener contacto con su mundo exterior, y de seguir en contacto con esa realidad. Y un grupo más pequeño,

expresando el dolor que está viviendo por no poder desempeñar su rol de padre o las dificultades de su familia y su frustración por saberlas y no poder ayudarles, este grupo no estaría tan alejado de su realidad exterior, así lo demuestra uno de los internos al expresar *“sufro cuando mi mujer me dice que no tiene dinero para comprarle yogures a mis hijos”*, ni ayudar a los suyos.

El 27,9% de los internos refleja en esta frase su gran sentido egocéntrico y la creencia ampliamente compartida entre el colectivo penitenciario de que son el centro de la vida de los demás, incapaces de preocuparse o implicarse en los problemas de otros, al referir respuestas como *“sufro cuando me hacen daño”*, *“sufro cuando me engañan”* o *“sufro cuando no me dan cariño”* (9,5%); otros dan respuestas más genéricas del tipo *“cuando tengo problemas”* o *“cuando no consigo lo que me propongo”* pero en el mismo sentido egocéntrico.

Sí que encontramos un reducido 5,4% de internos que evocan reflexiones sobre su pasado y sus errores, con respuestas como *“sufro cuando rehice mi causa”*, *“(…)me drogo”*, o *“(…)pienso en el pasado”*, aflorando así sentimientos de culpa, una toma de conciencia sobre su pasado y las consecuencias presentes, y la interiorización de estas consecuencias. El 2% ha dejado en blanco esta frase.

- **“Me siento...”:** Ha servido para conocer el modo en que se perciben y están a gusto consigo mismos los internos. Un grupo del 39,4% responden de forma positiva a esta oración, con respuestas como *“bien”* o *“muy bien”* (46,1% de este porcentaje), lo cual tal vez refleje cierta deseabilidad inducida por su condición institucional con lo que se ha preguntado a varios de los internos que explique en sus palabras a qué se refieren con esta respuesta, y casi todos indican que están adaptados a la vida en prisión, que han sabido asimilar su situación actual y sacarle el máximo partido. Por ejemplo, algunas de las respuestas que han dado son:

- *“cuando entré estaba abatido, hecho polvo...era una situación nueva para mí y hasta que no llevé un tiempo no me hice a la idea pero ahora, por lo menos, me he hecho a llevarlo lo mejor posible” Interno C.P.Herrera;*

- *“al principio fue un gran cambio, no entendía ni hablaba el idioma, tampoco conocía a nadie pero con el tiempo he aprendido mucho con los programas de*

*tratamiento, escuela y trabajos. Me han enseñado que uno se puede superar. Mi estado de ánimo es positivo”. Interno C.P.Herrera;*

○ *“No sé porqué pero creo que he ganado en serenidad y en analizar más despacio y con más coherencia las cosas. He recuperado el interés por el estudio y en preocuparme más en mi mismo”. Interno C.P.Herrera*

El 31% responden también en relación con su realidad más inmediata, y lo hacen con adjetivos relacionados con su fuerza y capacidad para hacer frente a la situación de encierro que están viviendo. Reflejando que se perciben personas optimistas y con fortaleza para salir adelante.

En esta línea, otro 22,4% responden con adjetivos como “positivo” u “optimista”, lo cual no deja de sorprender porque el contexto de prisión no invita a pensar que las personas vayan a sentirse de forma positiva y sin embargo lo hacen, mostrando posiblemente una adecuada adaptación a la prisión. Así algunos exponen *“la cárcel no está tan mal”, o “esto no es tan duro como uno piensa al principio”*.

Esto no quita para observar cómo el grupo muy importante -57,1%- responde de forma pesimista a esta frase, reconociendo sentirse mal, triste y, sobre todo, solos -la sensación de soledad acompaña las respuestas en muchos de los internos, y de forma repetida a lo largo del cuestionario.

Un 21,4% especifica en sus respuestas que su malestar se debe expresamente a que están en prisión por lo que su adaptación a la cárcel ha sido más difícil y sus respuestas reflejan cierto desgaste emocional.

Y un importante 13% relaciona este malestar con sentimientos de arrepentimiento y culpabilidad, con lo que vemos de nuevo que un grupo de internos la cárcel además de ser una experiencia dura les ha llevado a un momento de reflexión sobre sí mismos, sobre su vida, y sobre el sufrimiento que han producido en los demás o culpable por el delito o estilo de vida que le ha traído a prisión. Un 3,5% ha preferido dejar esta frase en blanco.

#### Respuestas indirectas

El 19,7% de la muestra reconoce que *“necesita cambiar”*, reconociendo un estilo de vida delincuenciado y desadaptado, y unos valores, actitudes y conductas susceptibles de cambio.



Aunque solamente en dos de los casos esta reflexión se refleja en otras frases del mismo cuestionario, y son realmente fruto de una reflexión interna que derivadas del deseo de mostrarse positivamente.

No podemos dejar de mencionar el caso de un interno reincidente que cumple condena por varios asesinatos a mujeres, y anteriormente cumplió 10 años de condena por una agresión sexual, y que responde “*necesito volver a nacer*”, reflexión que se ve acompañada por otras frases del tipo “*la gente piensa que soy lo que soy*”, o “*soy lo que no debería ser*”, o también “*me cuesta olvidar el pasado*”, “*para mi lo importante es reinventarme*”, “*el futuro lo veo incierto*”, “*me siento fracasado*”, todo lo cual nos muestra a una persona que ha realizado un importante ejercicio de autoconocimiento y autoaceptación, que se define a sí mismo como un asesino. Expresa este recluso la importancia de cambiar pero a la vez, muestra como tiene asumido las dificultades que tienen en conseguir, se percibe a sí mismo como una persona cuyos actos escapan de su control consciente, y ante lo cual no elabora planes de cambio determinados.

Un llamativo 42,2% de internos creen que “*pueden cambiar*” mostrando una ilusión de control muy poco realista, frente a un 9,5% que reconoce que “*le cuesta cambiar*”, grupo más honesto, entre los que predominan otros valores como la familia, su preocupación por ellos, p.e. “*no soporto hacer daño a mis seres queridos*” o “*sufro cuando mi familia sufre*”, “*Tengo miedo de hacer daño a mi familia*”, “*me siento feliz cuando hablo con mi familia*”, y preocupación por no recaer en las drogas. En este grupo destaca el caso de un interno con esquizofrenia paranoide que cumple condena por un homicidio, y que expresa en su cuestionario su preocupación y remordimientos en relación con los hechos delictivos (“*tengo miedo de volver a hacer lo que hice*”, “*sufro cuando pienso en lo que hice*”).

A través de la frase “la gente piensa que yo...” un 41,4% se atribuye cualidades positivas, considerando que los demás les perciben como “*buenas personas*”, también aprovechando para enumerar atributos positivos (“*(...)soy alegre*”, “*(...)soy amable*”, “*(...)soy humilde*”, “*(...)soy inteligente*”, “*(...)soy optimista*”, etc.). Muestran así una clara necesidad de dar una imagen positiva de sí mismos a pesar los clichés que hay en torno a ellos y de los que son conscientes (delincuente, toxicómano, preso).

Un 31,2% parece ser más consecuente con esta realidad, e indica respuestas más negativas, siendo más realistas acerca de lo que los demás ven en él, –“*la gente piensa que yo soy un delincuente*”, “*(...)soy culpable*”, “*(...)soy toxicómano*”, o reflejando en otros casos (6,2%) una autoestima baja y un pobre autoconcepto (“*la gente piensa que yo soy malo*”, “*(...)soy tonto*”, “*(...)soy débil*”, “*(...)no valgo para nada*”, “*(...)soy un fracasado*”, “*(...)no cambiaré*”) respuestas que estos internos acompañan, en el resto del cuestionario, de otras expresiones en la misma línea, y que reflejan, en conjunto, un sentido subjetivo relevante, relacionado con sentimientos de malestar, tristeza y deseo de cambio, y que nos indican, de forma indirecta, unos niveles de bienestar psicológico bajos para este grupo.

En el extremo contrario, vemos que hay internos con una imagen extremadamente positiva de sí mismos, y por tanto con un nivel bajo de autoaceptación, especialmente en lo que se refiere a sus propias limitaciones. Así un 15,6% de los internos consideran que “*pueden con todo*” o “*con casi todo*”, y un 18,3% cree que es “*bueno en todo lo que se proponga*”, haciendo evidente las dificultades que tienen para aprender de los fracasos pasados y reflexionar sobre ellos, como es el hecho de haber ingresado a la prisión, situación poco coherente con la expresión “soy bueno en todo lo que me proponga”.

## b) Relaciones positivas

Esta dimensión se relaciona *con la capacidad de tener relaciones estables socialmente significativas, vínculos psicosociales, confianza en las amistades y mostrar capacidad de amar*. Para su valoración se han analizado las siguientes frases directas:

### Respuestas directas

- “**Mi madre...**”: La mayoría de los internos reflejan en su respuesta la representación social de la madre que es común entre la población reclusa, esto es, una idealización de esa figura que sienten como el ser más fiel que han tenido y tienen en sus vidas. Así, el 48,2% de los internos la describen como “*(...)la mejor*”, “*(...)lo más importante*”, “*(...)mi vida*”, “*(...)lo más grande*”...), y el 35,3 % le atribuye calificativos positivos, destacando su bondad, cariño, comprensión y, especialmente, el apoyo incondicional de ella -5,4%-(“*mi madre es buena*”, “*(...) muy buena*”, “*(...) maravillosa*”, “*(...) cariñosa*”, “*(...)la que sufre por mí*”, “*(...)siempre está ahí*”). Al hablar con los internos sobre sus relaciones familiares

actuales, contrastamos como muchos no mantienen una relación cercana y normalizada con su madre, lo que confirma la diferencia entre la figura idealizada que tienen de su madre, y el afecto real que desean mostrarla en su papel de hijos en el momento actual.

En el polo opuesto, un 5,4% muestra indiferencia en esta frase sobre la figura materna (“...falleció”) y un 2,7% refleja sentimientos de odio y rencor hacia ella (“mi madre es lo peor”). Además el 2,7% prefiere no responder a esta frase.

- **“Mi padre...”:** Un amplio porcentaje considera a su padre como una figura importante en su vida, aunque solo en un 18,3% de los casos al mismo nivel que su madre. El 38,7% responde con atributos positivos al hablar de su padre, resalta especialmente su capacidad de trabajo, que sea buena persona, un maestro o un ejemplo a seguir. También resaltan su apoyo incondicional (6,8%).

Lo que debemos destacar sin embargo son las respuestas que no van en esta línea (33%), el 13,6% por ejemplo, se muestra neutral al hablar de su padre, (“*mi padre ha fallecido*” o “(...) *no le conozco*” o “(...) *es mi padre*”, debemos recordar en este punto que entre la población reclusa es común, más en el caso de entornos marginales, que la figura paterna esté ausente, porque abandone el hogar o trabaje todo el día, que no se preocupe de la educación de los hijos, o que sea autoritario en su forma de educarles y incluso maltratador hacia ellos y la madre, lo cual puede estar detrás de estas respuestas neutrales y del 8,8% que ha dejado la frase en blanco –por tendencia a no expresar sentimientos- y lo estaría con total seguridad en el 10,8% de reclusos que describen a su padre como “(...) *borracho*”, “(...) *autoritario*”, “(...) *duro*”, “(...) *injusto*”, o “(...) *mala persona*”). Estas afirmaciones hemos tenido ocasión de corroborarlas a partir de las historias de vida, donde son numerosos los relatos que coinciden con los hechos que acabamos de comentar.

- **“Los amigos...”:** Casi el 60% de la muestra los considera como algo positivo, (“*los amigos son necesarios*”, “(...) *muy importantes*” o “(...) *imprescindibles*”) o incluso como “(...) *esenciales*”, “(...) *sagrados*”, “(...) *parte de la familia*” o “(...) *diamantes en un camino de piedras*”. Entre estas respuestas, algunos resaltan la importancia de su apoyo y ayuda (“*Los amigos son para cuando estás bien y cuando estás mal*”, “(...) *los que están en las peores situaciones*); otros destacan de ellos que son leales o de confianza “(...) *con los*

*que se puede contar sin nada a cambio”, “ (...) leales”, “ (...) inseparables”)* o los describen como *“(...) buena gente”* (14,2%).

Sin embargo, llaman la atención muchas respuestas mas superficiales, carentes de valores o sentimientos más profundos relacionados con la amistad (*“(...) buenos”, “(...) buenas personas”*). Un 19 % refleja haber tenido ya experiencias malas con amistades y reflexiona que *“los amigos son pocos”, “(...) difíciles de encontrar”,* o que *“(...) hay que saber elegirlos”*. El 21,1% de los reclusos no confía ya en las amistades (*“Los amigos son solo compañeros”, “(...) van por el interés”,* o *“(...) son pasajeros”*, llegando a considerar que *“los amigos no existen”*.

Entre el grupo que responde esto último, el perfil mayoritario ha sido de internos reincidentes, politoxicómanos, condenados por delitos de robo, procedentes de entornos marginales, con un entorno de referencia en el que el valor de la amistad está muy condicionado por intereses económicos, valores delincuenciales y el consumo de sustancias psicoactivas. Llama la atención, además, que para todos ellos la familia es lo más importante y el motivo de mayor sufrimiento estando en prisión, con lo cual no es que con esta frase reflejen un bajo nivel en la dimensión de relaciones positivas, sino que son desconfiados respecto a su grupo de iguales, basándose en experiencias pasadas y respuestas en relación a su realidad más inmediata.

- **“La gente piensa que yo...”:** El 27,2% de la muestra intenta mostrarse indiferente al respecto de lo que los demás puedan pensar de él, porque dejan la frase en blanco, responden no saberlo o que les es indiferente. Reflejan desconfianza en las relaciones con los otros aunque también puede ser una forma de expresar inseguridad en sí mismos o una baja autoestima, al preferir no manifestar la imagen que creen que los otros pueden de él. Al analizar las otras respuestas en estos cuestionarios, vemos como algunos internos si que muestran tristeza, malestar y otras expresiones emocionales en línea con una baja autoestima.

Por su parte, en lo que se refiere a la dimensión de relaciones positivas, el 41,4% de las respuestas reflejan a personas confiadas en las relaciones que mantiene con los demás, al percibir que los otros tienen una buena opinión de ellos. Esto, unido a las respuestas en la

frase anterior, refleja cómo los internos tienden a percibirse mejores amigos de los demás, que lo que otros lo son de ellos, de nuevo en línea con su tendencia egocéntrica.

Vemos no obstante, que un 31,2% reconocen que los demás tienen una mala opinión de ellos, lo cual, puede estar también relacionado con la desconfianza y recelo en las relaciones con los otros, y dificultar a su vez el modo en que estas se establecen, o con una pobre autoaceptación.

### Respuestas indirectas

En la población reclusa el apoyo social se traduce en el importante valor y papel que los internos otorgan a sus familias durante su encarcelamiento. Su relación con éstas se ve muy limitada y se convierte a la vez en fuente de estrés y de ayuda para sobrellevar la situación de reclusión. Esto se ve perfectamente reflejado en las respuestas que han dado los 160 reclusos de este estudio al Cuestionario de Frases Incompletas. El apoyo social del núcleo familiar toma una gran importancia para los internos, apareciendo en 11 de las 21 frases del cuestionario.

Tabla 8.2. Frases incompletas en relación con la familia en la muestra

|                                    | <b>Porcentajes</b> |
|------------------------------------|--------------------|
| En la vida lo importante es ...    | 46,7%              |
| Para mí lo importante es ...       | 46,2%              |
| Sufro cuando le pasa algo a ...    | 37,4%              |
| En cinco años me veo con ...       | 26,5%              |
| Necesito estar cerca ...           | 21,7%              |
| Me da miedo que le pase algo a ... | 19,1%              |
| Me gusta estar con ...             | 15,6%              |
| Me cuesta estar lejos de ...       | 9,5%               |
| En el futuro me veo con ...        | 4,7%               |
| Soy bueno con ..                   | 2,7%               |
| Puedo ayudar a ...                 | 2,0%               |

Estos resultados reflejan muy bien cómo la familia es esencial para que los internos lleven mejor su tiempo en prisión, además vemos como para ellos el estar lejos de los suyos les produce sufrimiento. Lo que resulta todavía más interesante al observar la tabla 8.2. es

analizar cómo en los aspectos relacionadas con la posición y papel del interno en su núcleo familiar (ser bueno, ayudarles, estar con ellos), los porcentajes disminuyen drásticamente.

Esto permite confirmar el sentido egocéntrico que también respecto a la familia tienen los reclusos: mientras que la familia tiene el deber de asistirles, visitarles y esperarles durante su encarcelamiento, este deber no es recíproco y sus responsabilidades, preocupación y apoyo hacia ellos es infinitamente inferior al que ellos reclaman. La entrada en prisión parece eximirles de toda responsabilidad. La estancia en prisión les ayuda a valorar mucho más a la familia, así un interno reconoce que *“El solo hecho de estar en prisión en su cambio, pero yo he notado que he mejorado en ciertos aspectos de la vida, valoras más a tu familia y aprendes de tus errores”*. Interno C.P.Herrera; lo que sin embargo no implica, en el caso de los reclusos, que vayan a cuidar más sus relaciones familiares, o a mostrarles el cariño y apoyo que necesitan, se resignan y escudan en su situación de reclusión.

Otra circunstancia relacionada con la dimensión de relaciones positivas es la soledad. Como deducimos de la frase “la soledad...” donde hasta el 68,7% de los presos la describen como algo negativo, duro o que les reporta tristeza, los internos como cualquier otra persona tienden a ser seres sociables y en prisión tienen carencias afectivas. (*“...a día de hoy tengo carencias sentimentales, como un beso de mi madre, un abrazo, es lo que más extraño al estar aquí”* Interno C.P.Herrera). Sin embargo, su manejo de las relaciones con los demás y su capacidad para establecer lazos estables y seguros se ven truncados por la desconfianza y recelo que caracteriza a la población reclusa, lo cual aquí se evidencia, por ejemplo, en su forma de describir la amistad, que ya comentábamos (*“los amigos van por interés”, “los amigos no existen”*), o en el hecho de que conceptos como las *“mentiras”, la “falsedad” o la “hipocresía”*, alcancen porcentajes tan elevados como respuesta a frases como “no soporto...” (43,2%) “sufro...”, reflejo así de la experiencia subjetiva que el interno vivencia dentro de prisión, caracterizada mucho más por la desconfianza que por el apoyo o altruismo. (*“...antes de bueno era tonto y ahora tengo mucha más vista sobre los demás, sé reconocer los aprovechados de los amigos”* Interno C.P.Herrera; *“...la verdad es que me he cerrado un poco, desconfío más de la gente”*. Interno C.P.Herrera)

En la situación actual de reclusión, este análisis muestra que la dimensión de relaciones positivas en los internos presenta un bajo y dificultades, principalmente afectada por el

estrés generado en relación con la familia y las dificultades para mantener el contacto con ellos, y también, por el clima social del medio penitenciario donde la soledad y relaciones por interés parecen tener mucha más cabida que valores relacionados con la confianza, el apoyo emocional o la empatía.

### c) **Autonomía**

*La autonomía es concebida como el sentido de autodeterminación que le permite a una persona resistir la presión social y auto-regular su propio comportamiento.* En este caso, el análisis directo lo hemos realizado con las siguientes frases:

#### Respuestas directas

- **“Me gusta...”:** Únicamente el 35,3% del grupo responde a esta frase con actividades, intereses o hobbies que disfruta realizando; y el 7,4% de los internos indican que les gusta “trabajar” mostrando capacidad para definir sus propios intereses y gustos. El resto de los participantes muestra dificultades para concretar cosas que les motiven o ilusionen realmente, lo cual resulta interesante si tenemos en cuenta que cuanto menos intereses tenga la persona más facilidad tiene para orientarse por lo inmediato, más dificultades para alcanzar propósitos que no sean a corto plazo y menos tolerancia a la frustración, además de peores niveles de autoestima al no contar con actividades que les ayuden a sentirse capaces y válidos.

Por otro lado, es importante considerar estas respuestas como fuente de valores, por ejemplo, en las relaciones interpersonales, así 15,6% de los reclusos refieren que les gusta estar con su familia, con sus hijos, con su mujer, etc. (p.e. “me gusta compartir con mis hijos sus ratos libres”), lo que refleja adecuados valores familiares, de amor y afecto hacia los otros. Frente a este tipo de respuestas, un 19% da afirmaciones más genéricas, del tipo “(...) *la buena vida*”, “(...) *la felicidad*” “(...) *la independencia*”, “(...) *vivir en paz*”), que serían respuestas positivas pero que carecen de una vivencia emocional más expresa, al igual que sucede con el 15% de respuestas superficiales del tipo “(...) *muchas cosas*”, “(...) *la sinceridad*”, “(...) *el amor*”.

- **“La soledad...”** Es definida por casi el 70% de la muestra como una experiencia muy negativa, que describen con adjetivos como “triste” (35,6%), “mala” (45,5%) o “dura” (12,8%). No obstante, debemos también mencionar aquellos internos que consideran que la soledad puede ser “buena” o “necesaria” en ocasiones (19%) (“(...) buena cuando la eliges, mala si te la imponen”; “(...) buena a veces, no siempre”, “(...) necesaria, aunque no se quiera, para ayudarse a uno mismo”; “(...) triste pero a veces necesaria para pensar”), o que la están viviendo como algo temporal (“la soledad es algo pasajero”, “(...) otra etapa más en mi vida y no me pongo triste”, mostrando así su capacidad para hacerle frente, lo cual podemos relacionarlo con la asimilación de su realidad y la autorregulación de sus conductas en relación con ello.

- **“Consumo porque...”** : El 21,7% de la muestra refiere no consumir, porcentaje similar resultado al obtenido de forma cuantitativa, con 23,1% de no consumidores.

Del resto de participantes, un 18,3% reconocen consumir drogas porque les gusta, les calma, les anima o les relaja, y reflejan así independencia en su conducta y coherencia con sus actos. Por su parte, un 17,7% relacionan su consumo con un modo de huida o de evasión de sus problemas (“consumo para no pensar”; “(...) evadirme, por agobio, para no pensar”), algunos internos también indican que consumen porque “se sienten solos” o “para no sufrir”, en cuyo caso, el nivel de independencia y autonomía sería menor.

Y el 4% reconocen que consumen por presión social, esto es, para “relacionarse más fácilmente con otras personas” o en momentos de ocio (“salir de fiesta”, “salir por ahí”) en estos casos se reflejaría un bajo nivel de autonomía o independencia al ceder frente a la presión social.

La respuesta más llamativa ha sido la de un 23,1% de reclusos que se sabe son consumidores de alcohol y/ drogas, y sin embargo dejan esta frase en blanco. Sea porque no quiere reconocer su consumo o porque lo reconoce pero no desea expresar los motivos que le han llevado a ello, ésta ausencia de respuesta evidencia un bajo nivel de autonomía, de autodeterminación y de coherencia con sus conductas, cediendo a la presión social y prefiriendo escapar sin responder a reconocer claramente su consumo.



De forma indirecta, la frase “la gente piensa que yo..” puede relacionarse con la dimensión de autonomía, al reflejar en el 7,4% de los internos con las respuestas del tipo “*me da igual lo que otros puedan pensar de mí*” su independencia y resistencia a la opinión de los demás.

#### d) Dominio del entorno

El dominio del entorno está relacionado con la capacidad de manejar de forma efectiva el medio y la propia vida; la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables y satisfacer los propios deseos y necesidades.

##### Respuestas directas

- **“La prisión...”:** El 65,3% de las respuestas refleja una experiencia subjetiva muy negativa de la cárcel. La mitad de este porcentaje define la cárcel como “*dura*”, “*lo peor*”, “*una mierda*”, “*una putada*”, o “*lo peor que me ha pasado*”, adjetivos que reflejan lo restrictivo del medio. Y el 18,7% describe que le produce “*tristeza*”, “*cansancio*”, “*agobio*”, o “*angustia*”, en cuyos casos se aprecia una implicación emocional mucho mayor que en las expresiones anteriores. Un grupo muy similar la define como el “*castigo*” por los errores cometidos, en cuyo caso lo que se observa es una valoración indirecta de la cárcel como algo justo en su caso. Y un porcentaje algo menor (6,2%) considera la prisión como un “*cementerio de personas*”, “*de causas perdidas*” o un “*lugar apartado de la sociedad*” limitándose a hacer una descripción de la prisión con ausencia de significado para el interno.

Estas percepciones negativas contrastan con las respuestas positivas en la frase “*me siento...*” del tipo “*bien*” o “*muy bien*” lo cual, y que recordemos, fueron frecuentes. Cuando relacionamos ambas respuestas observamos que en los casos en los que los internos han expresado cierta carga emocional en su visión negativa de la prisión, (p.e. “*la prisión es agobiante, cansa, te enseña te deprime*”; “*la prisión es angustiosa*”, “*la prisión es lo peor, acaba con la tranquilidad interior y fomenta la maldad*”; “*la prisión es triste, soledad, angustiosa*”) se corresponden con respuestas negativas sobre cómo se sienten (“*me siento solo*”, “*me siento triste, solo*”, “*me siento mal, triste*”).

Por otro lado, al preguntar sobre esta aparente incoherencia a algunos internos que describieron la prisión como “dura”, “lo peor” o similares, , lo que indican ellos es que el encierro es algo muy duro y que se pasa muy mal al principio, pero con el tiempo uno se acostumbra y se adapta para “llevarlo lo mejor posible”, algunos ejemplos de testimonios recogidos: *“El día que entré en prisión imagínese como estaba, era una pesadilla de la que quería despertar y no podía” Interno C.P.Herrera; “El momento de mi ingreso muy mal, pero ahora me encuentro muy bien” Interno C.P.Herrera; “Me encuentro bien, como todo hay días que estás más pensativo, pero dentro de lo malo que es estar aquí, bastante bien” Interno C.P.Herrera; “En prisión en el día a día se está bien, cuando pienso en lo de fuera es cuando estoy mal”, Interno C.P.Herrera);*

Este segundo grupo de interno está expresando, por tanto, su la capacidad para adaptarse a la cárcel, -un nivel alto de dominio del entorno. Por su parte, entre los que no ven la cárcel desde una perspectiva del todo pesimista, los hay que consideran que es una experiencia más (*“(…) una experiencia para valorar más la libertad”, “(…) una triste etapa de mi vida), “(…) una experiencia para cambiar”*), o que tiene su parte mala pero también su parte buena - 21,9%- (*“la prisión depende de cómo te la tomes”; “(…) es una escuela pero también lo peor que me ha pasado”; “(…) es lo peor y lo mejor que me ha pasado”*). También como un lugar en el que se puede aprender (24,3%) , o incluso la perciben como algo bueno o justo (*“(…) buena en algunas cosas”, “(…) un escarmiento”*, similar a la respuesta “castigo” comentada antes. O que les está siendo sirviendo de “ayuda” (29,2%) (*“(…) ayuda en mi caso”, “(…) para recapacitar lo malo que has hecho”, “(…) ayuda, se puede aprovechar y aprender de los errores”, “(…) ayuda, me ha salvado la vida y espero que todos los hábitos positivos que tengo aquí los siga teniendo fuera”*).

Al hablar con los internos que perciben subjetivamente la prisión con una ayuda, hemos encontrado un perfil muy similar en todos ellos. La mayoría son internos politoxicómanos que en el momento de su ingreso en prisión se encontraban en una situación lamentable y de escalada, tanto a nivel de consumo de drogas como en su actividad delictiva. Para ellos la entrada en prisión ha significado una forma de escapar a esa espiral en la que se encontraban, unido a que su entrada en prisión no les genera estrés porque ya han ingresado más veces antes.

Esto ayuda a confirmar que los efectos de la prisión sobre los individuos no es igual para todos, y que hay internos que viven esta experiencia como una solución en sus vidas más que como un castigo. Así, nos encontramos con un patrón frecuente entre la población reclusa del tipo: delincuente politoxicómano-reincidente, que roba como forma de vida y de costear su consumo de drogas; entra en prisión como resultado de su forma de vida. En la prisión es capaz de mantenerse abstinentemente, recuperarse físicamente, ganar peso, hacer deporte, mantener una dieta equilibrada, y hábitos de higiene e incluso conseguir trabajar. Y al volver a salir en libertad, con mucha probabilidad recae en el consumo de drogas y en la actividad delictiva, lo que forma parte de su entorno social de referencia y que es también lo que están acostumbrados a hacer.

También ha habido quienes se limitan a describir la prisión como “(...) lugar de rehabilitación o de reinserción” ( 24,3%) utilizando uno de los clichés sobre ésta.

En conjunto, lo que reflejan las respuestas en relación con la dimensión de dominio del entorno, son dos grupos: aquellos internos con más dificultades para adaptarse al medio penitenciario, que vivencian la cárcel como fuente de estrés y se sienten solos y afectados por ello; y otros que son capaces de adaptarse al entorno, bien porque proceden de un medio normalizado y cuentan con recursos psicológicos para ello, o bien porque para ellos la cárcel es un escape a un estilo de vida criminal y marcado por las drogas.

- **“Me da miedo...”**: un porcentaje importante de internos relacionan esta frase con su estilo de vida pasados y sus expectativas futuras (21%) (“*Me da miedo volver a drogarme*”, “*(...) a delinquir*”, “*(...) equivocarme*”, “*(...) cometer errores como los del pasado*”, “*(...) fracasar*”, “*(...) la libertad*” o sencillamente “*(...) el futuro*”). Vemos por tanto, una expresión honesta sobre la forma de este grupo de internos de enfrentarse a su propia realidad, reconociendo así sus limitaciones y su falta de capacidad para conseguir lo que se propone y de adaptarse a su contexto social de manera positiva.

Esta frase va en la misma línea que la comentada con anterioridad “*me cuesta cambiar*”, reflejando en ambos casos cierta autorreflexión del interno y, a la vez, una percepción realista de sí mismo. En relación con la dimensión dominio del entorno este tipo de respuestas muestra la inseguridad que los internos tienen de ser capaces de controlar los acontecimientos futuros y por no saber si podrán resistirse a estímulos nocivos para ellos.

A este grupo, le siguen un 19% de internos que mencionan a su familia al responder a esta frase, exponiendo el miedo que siente porque *“les hagan daño, enfermen, mueran”*, o porque *“están lejos, no pueden ayudarles”*; en su relación con la dimensión de dominio del entorno, esta respuesta refleja como, para este grupo de internos, su prioridad es que su entorno familiar sea estable y esté bien, y su preocupación se debe a la dificultad, desde prisión, para poder manejar ese entorno y ayudar a que esto fuera así. Son conscientes de sus limitaciones y dificultades para seguir formando parte de esa realidad.

El 15,6% de los participantes muestra tener miedo a las enfermedades, los problemas de salud o la muerte, circunstancias que en la calle suelen estar menos presentes en el día a día, pero que toman un matiz muy importante durante el tiempo de reclusión. Este miedo deriva del contacto con personas que pueden tener enfermedades infecto-contagiosas (VIH, Hepatitis C), sin conocerlo; y también por el miedo a morir en un entorno hostil como es la cárcel.

También un 11,5% de los internos reconocen *“tener miedo a la soledad”*, y aunque están rodeados de personas, la cárcel genera en ellos sentimiento de aislamiento y ausencia de afectos y relaciones cercanas con otros.

Un 4,7% de reclusos que reconocen tener miedo *“a la cárcel, a entrar en prisión o a morir en la cárcel”*, lo que indica que tienen dificultades para adaptarse a su entorno de forma proactiva y adecuarlo a sus necesidades, a pesar de la adversidad del medio.

Por último, un 11,5% responde a esta pregunta de forma más genérica, sin implicación emocional, refiriendo tener miedo a animales o situaciones concretas (ratones, alturas, arañas), lo cual de forma indirecta podría indicarnos que su adaptación al medio penitenciario ha sido satisfactoria ya que no plasman en esta frase otro tipo de preocupaciones. Otro 11,5% prefieren no reconocer sus miedos, y dan respuestas superficiales del tipo *“pocas cosas, algunas cosas”*(2,7%), *“nada”* (5,4% de los internos indican no temerle a nada), o dejan esta frase en blanco (3,4%).

- **“No soporto...”** La mayoría de los internos han aprovechado esta frase para exponer lo que más les incomoda en su adaptación a la prisión. Un importante 31,3% de la muestra indican que no soportan *“las mentiras”*, *“la hipocresía”* o *“la falsedad”*, con lo que reflejan su percepción subjetiva del clima social que tienen en prisión, además de su sentido

egocéntrico e individualista, ya que se posicionan respondiendo en relación a aquello que les afecta de forma directa, mostrando de nuevo ausencia de valores en relación con los otros. Tal y como reflejan este tipo de respuestas, la convivencia forzada de un grupo numeroso de personas y las relaciones de poder que se generan en un medio en el que hay escasez de recursos, lo que dificulta mucho las relaciones sociales positivas, y derivan en actitudes de desconfianza y autodefensa.

En el mismo posicionamiento egocéntrico se sitúan las respuestas de un 23,1% que reconocen no soportar “(...) *las críticas*” o “(...) *se hable de mí a la espalda*”, “(...) *las faltas de respeto*”, o “(...) *la mala educación*”, o “(...) *la violencia*”, o “(...) *las discusiones*”.

Por su parte, un escaso 11,5% de los reclusos sí que refleja ciertos valores en relación con los otros, al indicar que no soportan “*los abusos*” o “*las injusticias*”, y poner de relieve su preocupación hacia otros y su capacidad para ponerse en su lugar o verse afectados por lo que sucede a terceros.

Además, las respuestas frase, que bien podría haber sido un inductor de lo que el interno echa en falta en relación con su vida en el exterior, o con su familia, confirman lo que ya hemos referido: la completa inmersión del interno en la dinámica de la prisión, que se convierte en su principal realidad, y le lleva a dejar de tener su realidad exterior presente. Posiblemente este sea un mecanismo de defensa que se activa en muchos internos como forma de facilitar una adaptación a la cárcel que no conlleve tanto desgaste psicológico, físico o emocional.



#### Respuestas indirectas

De forma conjunta, el resto de respuestas en el cuestionario reflejan en varias ocasiones aspectos relacionados con el nivel de dominio del entorno de la muestra de este estudio.

**Tabla 8.3. Respuestas referidas a la situación e encarcelamiento**

|   | <b>Porcentajes</b> |
|---|--------------------|
| Me siento mal por estar preso / solo aquí     | 37,4%              |
| Me cuesta estar preso / dormir / concentrarme | 18,3%              |
| Necesito salir                                | 18,3%              |
| En 5 años me veo fuera de la cárcel           | 14,2%              |
| Me siento con fuerzas para enfrentarme a esto | 11,5%              |
| Puedo con la cárcel                           | 11,5%              |
| Sufro cuando tengo problemas / me drogo       | 10,2%              |
| Lo importante para mí es salir de aquí        | 8,8%               |
| Pensar en el futuro en salir de aquí          | 8,8%               |
| Me gusta salir/la libertad                    | 6,1%               |
| La soledad es triste aquí                     | 5,4%               |

Como refleja la tabla 8.3, el entorno penitenciario afecta a la vida y bienestar psicológico de los internos de esta muestra. Llama especialmente la atención tres aspectos: a) Una adaptación a la prisión sin secuelas psicológicas extremas, como se deduce de la ausencia de carga emocional o malestar en la mayoría de los internos, aunque hay un grupo de ellos que sí reflejan malestar derivado de su reclusión acompañado de un claro deseo de salir cuanto antes, por lo que, aunque no observemos situaciones de desestabilidad emocional en la mayoría, sí que existe desgaste paulatino en el interno; b) Un sentimiento de soledad generalizado entre los internos; y c) las dificultades que muchos de ellos reconocen en sí mismos para cambiar su estilo de vida y conductas antisociales.

**e) Propósito en la vida**

Esta dimensión está relacionada con el *tener objetivos claros y metas realistas que doten de significado a las experiencias ya vividas y por vivir de la persona.*

Para el análisis de esta dimensión se han incluido las siguientes frases:



## Respuestas directas

- **“En la vida, lo importante es...”:** para casi el 50% de la muestra lo importante es la familia, en especial la pareja y los hijos, sin embargo, como hemos comentado antes, esta importancia de la familia en una frase general como esta no se corresponde a la aparición de la familia en respuestas de valor donde se podía apreciar una mayor parte emotiva del recluso. En relación con la dimensión que aquí nos ocupa, el propósito en la vida de este 50% de reclusos, la familia les ayuda y sirve como objetivo a futuro en la que apoyarse para seguir adelante.

Un 19% de los presos da más importancia a la salud, aunque algunas de estas respuestas incluyen otras respuestas, como la familia, la libertad, el trabajo o la felicidad.

Un 13% de los internos muestran un sentido hedonista de la vida y de la felicidad, al responder a esta cuestión con frases del tipo “*En la vida lo importante es vivir*”, “(...) *disfrutar la vida*” o la “(...) *felicidad*”) sin elaborar su proyección de futuro a través de esta frase ni marcarse metas definidas.

Un escaso 5,4% refiere que lo importante es cambiar o llevar una vida mejor, aunque estas intenciones no se reflejan en otros inductores de sus mismos cuestionarios, por lo que son más un reflejo de su deseabilidad social o de un reconocimiento a que deben cambiar sin una motivación todavía intrínseca para ello o siendo conocedores de que les falta voluntad para ello.

- **“Para mí lo importante es...”:** de nuevo un 46,2% responde que la familia es lo más importante para ellos, (“(...) *que la familia este cerca*”, “(...) *que la familia esté bien*”, “(...) *poder ayudar a la familia*”), convirtiéndose en un objetivo y metas que les sirven de aliento para su día a día, aunque no sea una meta tan elaborada como debiera al no reiterarse en otros indicadores del mismo cuestionario en muchos de estos internos. El resto de respuestas muestran, en general, objetivos y metas poco elaborados.

Así por ejemplo, hay internos que refieren que lo importante es “*la salud*” (7,4%), “*vivir*” (5,4%), “*ser feliz*” (3,4%), “*Dios o la fe*” (1,3%), “*salir en libertad*” (8,8%). En el caso de la respuesta “*trabajar*” (4,7%), si que podemos considerar que muestra mayor nivel de propósito en la vida, al ser una motivación real y su prioridad en su momento actual, ya

hemos referido lo importante que es para algunos internos el tener ocasión de trabajar. Además, el trabajo toma una relevancia diferente dentro de prisión para el individuo, como alternativa valorada de forma mucho más positiva frente a las horas de inactividad en reclusión. El poder trabajar, tal y como refieren los internos al hablar con ellos este tema, significa mantenerse mentalmente activos y ocupar las horas del día, además de hacerles sentirse útiles y capaces de “hacer algo”, más allá del hecho de conseguir ingresos económicos.

- **“Pensar en el futuro...”:** únicamente el 23,1% de los internos responden con planes u objetivos de futuro elaborados, mostrando así tener un buen nivel en la dimensión propósitos en la vida. En cambio, hay 6,1% de internos que responden a esta frase con respuestas del tipo “*yo vivo el presente*” y otro 4% que se limitan a responder con un “sí”. El resto de respuestas refleja emociones o sentimientos que les ayudan o que, por el contrario, les desalientan en su día a día. Así, para el 32,6% pensar en el futuro les “ayuda”, les “ilusiona”, o les “gusta”. Y para el 22,4% el futuro les sirve como preocupación o fuente de estrés (“me agobia”, “no me gusta”). Como ya adelantábamos en las dos frases anteriores, la importancia que parecía tomar la familia en ellas para el 50% de los internos no se ve ahora acompañado por proyecciones elaboradas que impliquen a la pareja, los hijos, padres, etc. Se aprecia por tanto, la ausencia de proyectos de vida concretos y la poca referencia a la familia en una frase donde se hacía necesario una implicación mayor y una respuesta más elaborada del interno, confirmando así la ausencia de compromisos a futuro con la familia.

- **“En 5 años me veo...”:** El 38,4% de los internos sí que responden con planes concretos, en este caso sí que aparece un grupo (6,3%) que incluye a la familia en estos planes algo más elaborados (“*con mi mujer e hijos llevando una vida tranquila*”), y el trabajo (“*trabajando y cuidando de mis hijos*”).

También hay reclusos que se ven viviendo o mudándose a una ciudad concreta, reflejando indirectamente su decisión a apartarse de su entorno de referencia que les es perjudicial, y mostrando con ello están elaborando los cambios que creen son necesarios para encauzar su vida.



La proporción de internos que no dan respuestas tan detalladas es muy similar, -36,7% - más un 4% que han dejado esta respuesta en blanco. Entre las respuestas no elaboradas, la más frecuente ha sido del tipo “*más mayor, más maduro, más viejo*”, o también “*mejor*”, “*feliz*”.

Un destacado 12,2% indica “*en 5 años me ve cambiado*” o “*(...) habré rehecho mi vida*”, lo cual pone de manifiesto que este deseo de cambio es una motivación asentada en el interno en el momento actual, medianamente elaborada y en la que está poniendo implicación, añadido al comprobar que se refleja en muchos de estos casos en otros indicadores como “*necesito cambiar*”, “*puedo cambiar*” e incluso teniendo en cuenta sus propias limitaciones (“*me cuesta cambiar*”). Si embargo, no para desapercibido que estos internos no detallan el modo en que desean llevar a cabo estos cambios, en ningún momento de su cuestionario, por lo que son capaces de llegar a la fase de motivación pero no de elaboración del cambio.

Por último, ha llamado la atención que dos de los internos responden a esta frase con “*En 5 años me veo muerto*”, y también hay 5 casos que se limitan a responder “*en prisión*”, dado que cumplen condenas muy largas, con lo que son realistas respecto de sus expectativas futuras, aunque esta respuesta entendemos debe resultar desalentadora para su bienestar psicológico global.

Aunque las frases “*pensar en el futuro...*” y “*en cinco años me veo...*” son dos formas a priori de referirse a lo mismo, hemos podido comprobar como los internos, en su mayoría, han respondido de forma diferente a ambas, utilizando la segunda para reflejar planes más elaborados de futuro en muchos de los casos, y en la primera, respondiendo en relación a los sentimientos y sensaciones que el pensar en el futuro produce al recluso.

En conjunto las frases anteriores reflejan que los internos tienden más a limitarse a vivir el presente que a tener un futuro definido, y a vivir en su realidad cercana, viéndose inmersos en ella y sin hacer mucho por seguir formando parte en algún modo de la vida que han dejado fuera. Su forma de adaptarse a la prisión conlleva en muchos casos estas dos circunstancias, lo cual dificulta que los internos definan planes de futuro. Si lo hacen, su falta de control y pérdida de libertad están más presentes en sus vidas, y el desgaste emocional en muchos casos es mayor.



#### Respuestas indirectas

Un importante porcentaje de internos, el 21%, tiene miedo al futuro, lo que dificulta la elaboración realista de sus planes. Por otro lado, aunque muchos internos reconocen que necesitan cambiar (19,7%) y consideran que pueden cambiar (el 42,8%) para poder llevar una vida alejada del delito y normalizada, en las frases que conforman la dimensión propósito en la vida, especialmente en las de “para mi lo importante es” y en la de “En 5 años me veo”, observamos como la motivación al cambio y el deseo de cambio no alcanza porcentajes muy elevados, por lo que aunque son conscientes de la necesidad de cambio, ésta no llega a reflejarse como un objetivo prioritario para la mayoría de los presos participantes en este estudio y como comentábamos, no ha llegado a elaborarse un plan de cómo hacerlo.

#### f) **Crecimiento personal**

*La dimensión de crecimiento personal hace referencia a la capacidad para conocer nuestro propio potencial y saber cómo desarrollar nuevos recursos y fuerzas.*

##### Respuestas directas

- **“Necesito...”**: El 25,1% de las respuestas son del tipo “*salir de aquí*”, “*la libertad*”, que no tendrían relación con la dimensión de crecimiento personal y si con el dominio del entorno. El 21,7% de los internos plasman en esta frase su necesidad de relaciones sociales, en concreto, de apoyo familiar, al responder con frases del tipo “*necesito estar con mi familia*”, “*(...) estar con mis hijos*”. Y es un grupo del 19,7% el que realmente relaciona su respuesta con el crecimiento personal al reflejar que son conscientes de que necesitan “*cambiar*”, “*encauzar su vida*”, o “*dejar las drogas*”. Debemos referir en este sentido que la dimensión de crecimiento personal en la población penitenciaria se traduce en la necesidad de llevar un estilo de vida positivo, de alejarse del mundo de las drogas y del delito, o de ser mejor persona.
- **“Puedo...”**: Se refleja mucho mejor el nivel de crecimiento personal de esta muestra, ya que hasta el 42,8% de los internos consideran que pueden “*cambiar*”, que pueden “*ser mejores*” o que pueden “*vivir alejados del delito o de las drogas*”. No obstante, al ser éste un porcentaje muy alto, y no ir acompañado de una oración más

elaborada o de indicadores más elaborados en otros momentos del cuestionario en la mayoría de los internos, lo que refleja es un deseo o propósito, tal vez influido por cierta deseabilidad social y una ilusión de control excesiva y no realista.

Esto es más evidente si tenemos en cuenta que un porcentaje alto de la muestra son drogodependientes con intentos previos de deshabituación que han fracasado; y otro grupo importante es de reincidentes que han vuelto a entrar en prisión y por tanto, a elegir el camino incorrecto en sus vidas. Por su parte, un 15,6% cree que puede “*con todo*”, “*con casi todo*” o con “*todo lo que se proponga*” mostrando una imagen excesivamente confiada de sí mismos y sin ningún tipo de introspección realista.

- **“Soy bueno en...”**: Las respuestas a esta frase reflejan que el conocimiento que los internos tienen de sí mismos no es todo lo realista que debiera. Hasta el 32,6% se considera bueno en su trabajo, lo cual contrasta mucho con la diversidad de empleos de baja cualificación desempeñados por muchos reclusos, la ausencia de formación laboral y de hábitos laborales consolidados. Aunque indirectamente puede estar expresando el valor que el interno da en prisión al trabajo ante tanto tiempo libre e inactividad.

Un 18,3% se considera buenos en “todo” o “casi todo” sin querer responder de forma honesta a la frase. Un 17,6% responde con actividades concretas, especialmente deportes. Y un escaso pero significativo 12,9% considera que es bueno en su relación con los demás, respondiendo por ejemplo con frases del tipo “ayudando a otros”, o “escuchando a los demás” lo cual es importante al ponerse de relieve sus valores respecto de otros, y la importancia de la empatía, la preocupación, el afecto hacia los demás y el altruismo. También observamos hay internos con un pobre autoconcepto de sí mismos, que no son capaces de verse buenos en algo, y responden “(...) *en muchas cosas*” (8,1%), o dejan la frase en blanco (5,4%) e incluso dos internos responden “*no soy bueno en nada*” o “*soy bueno en cagarla*”, expresando así un bajo nivel de autoaceptación.

#### Respuestas indirecta

Lo más destacado es el análisis que hacemos a lo largo de los cuestionario de la motivación al cambio de estos reclusos, como reflejo del autoconocimiento que ellos hacen de su potencial y recursos. Los internos son conscientes de la importancia de cambiar su estilo de vida, al reflejarlo en hasta 9 de las 21 frases del cuestionario. Sin embargo los porcentajes no

son altos en ninguna de ellas, salvo en el caso de considerar que *“pueden cambiar”* (42,8%), así hay internos que afirman que son *“luchadores, optimistas o capaces de cambiar”*(4,7%); o que *“les gusta cambiar o mejorar”*(6,1%), otros internos refieren que se sienten *“con fuerzas para cambiar”* (12,2%), pero en los casos de *“para mi lo importante es cambiar”* o *“ en 5 años me veo cambiado”* los porcentajes son relativamente bajos, de 6,1% y 12,2% respectivamente.

Por su parte, otros internos reconocen que *“les cuesta cambiar”*(9,5%), que *“sufren de ver lo que han hecho con su vida o por su delito”* (14,2%) o que *“se sienten mal por lo que han hecho”* (6,8%). Son porcentaje moderados pero que sí muestran cómo dentro de esta muestra hay internos con un adecuado nivel de crecimiento personal en lo que se refiere a la motivación al cambio, dirigido a su adecuada reinserción social.

#### **b) Análisis comparativo entre niveles altos y bajos de bienestar psicológico.**

Para realizar este análisis se han tomado las respuestas al Cuestionario de Frases Incompletas de los diez internos que peores y mejores puntuaciones generales obtuvieron en la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff. Los resultados más destacados se exponen a continuación:

##### **Internos con un bajo nivel de bienestar psicológico.**

El análisis conjunto de los inductores del cuestionario en este grupo de internos permite confirmar su malestar psicológico, que relacionan principalmente con tres aspectos: 1. La situación de reclusión; 2. El estar separado de la familia y 3. La necesidad de cambiar. En lo que se refiere a su estado anímico, vemos como se repiten manifestaciones del tipo *“me siento no todo lo bien que debería”, “(...) solo”, “(...) ploff”, “(...) en este momento muy mal”*, acompañadas de otras como *“me da miedo caer emocional y psicológicamente”, “pensar en el futuro me provoca ansiedad”, “necesito ayuda”, “en la vida lo importante es estar psicológicamente estable”*.

Y estas respuestas están claramente asociadas, en algunos de estos reclusos, a lo difícil que les está siendo asimilar su encierro y adaptarse a la prisión, con expresiones en el caso del interno como *“me cuesta estar en prisión”, “me da miedo entrar en prisión”* y *“necesito salir de aquí”, “la prisión es una mala experiencia”, “para mí lo importante es salir de la*

*cárcel ya” y “creo que saldré pronto”; o también el que expresa que “la prisión es algo que nunca me imaginaba me iba a pasar”, “me siento muy apenado de estar aquí”, “me cuesta asumir la realidad” y “necesito tranquilidad para poder asumir lo que estoy viviendo”; o respuestas en el caso de otro interno del tipo “La prisión es dura”, “me da estar en la cárcel”, “me cuesta mucho estar en la cárcel” y “en el futuro pienso que nunca me pase esto otra vez”.*

En otros casos se aprecia que su bajo estado de ánimo está principalmente relacionado con su sensación de soledad y lo difícil que les resulta estar alejados de la familia. Por ejemplo, uno de los internos manifiesta *“la prisión es un destrozo familiar” “echo de menos a mi mujer e hijas”, “sufro cuando estoy alejado de mi familia”, “para mí lo importante son mi mujer y mis niñas”, “necesito el calor de mi familia”, y “me da miedo perder a mis seres queridos”,* aunque la familia no aparece en inductores referidos a valores y a un posicionamiento más cercano del individuo respecto de sus seres queridos, ya que no hace alusión a su responsabilidad con sus hijas, o a lo que ellas pueden estar sufriendo de no tenerle cerca o de saber que está preso, y tampoco a lo mal que lo deben estar pasando su mujer e hijas o necesidades que están padeciendo. Con todo ello se refleja una reflexión egocéntrica en la que vemos ausencia de capacidad empática ni sufrimiento por las consecuencias que su ausencia tiene en su mujer e hijas sino que su malestar se relaciona únicamente con su sensación de soledad.

Un tercer grupo parece sentirse deprimido o ansioso por encontrarse en un momento de autorreflexión sobre su vida y sobre sí mismos. Manifiestan la necesidad de cambio en su estilo de vida y en su forma de ser, lo cual les genera a la vez ansiedad porque saben que les falta motivación, fuerza de voluntad o capacidad para conseguir ese cambio que se proponen.

En todos los casos que analizamos se trata de internos que ya han fracasado en intentos previos, con recaídas en el consumo de drogas tras realizar programas terapéuticos y que han vuelto a delinquir. Por ejemplo, uno de los internos manifiesta *“puedo cambiar”, “creo que debo cambiar”* pero *“me cuesta cambiar y aceptar mi realidad”* y considera que es *“(…) buena persona, y mal padre e hijo”,* que *“la gente piensa que yo soy buena persona”,* y a la vez indica *“me da miedo no ser una buena persona”,* así *“pensar en el futuro me asusta”* y

“en cinco años me veo mal, muy mal” de lo que se desprende un deseo interno de encauzar su vida, y conseguir ser la “buena persona” que quiere que los demás vean en él, pero reconoce no es fácil para él. En este caso llama también la atención la ausencia de figuras paternas, al hablar de ellos el interno lo hace en estos términos “no soporto a mi madre, bueno la relación con ella”, “mi madre es autoritaria” y “mi padre es el que quebró la armonía familiar”, además relaciona su inicio en el consumo de drogas “(...) porque me siento solo y falta de cariño”. Todo lo cual puede estar indicándonos un proceso de socialización marcado por la ausencia de afecto, de cariño y de referentes positivos que ha podido influir no sólo en la trayectoria vital del individuo sino también en el bajo concepto y autoestima que parece tener de sí mismo sin reconocer su culpa.

Además, el bajo nivel de funcionamiento psicológico en este grupo de internos se caracteriza por:

1. Dificultades en hacer proyecciones a futuro elaboradas (propósito en la vida). Por ejemplo, uno de estos internos, condenado por un intento de homicidio y anteriormente por un delito de lesiones, manifiesta “Para mí lo importante es liberarme de mí mismo”, “creo que voy a salir de mi propia prisión” y “En 5 años me veo reeducado y reinsertado en la sociedad” aunque “pensar en el futuro me provoca ansiedad”.
2. Y por dificultades en las relaciones interpersonales, la mayoría se muestra desconfiados y celosos hacia las amistades, “Los amigos son peligrosos”, “(...) no existen”, “(...) son para un rato”, y en prisión no soportan “(...) las mentiras”, “(...) las injusticias” o “(...) los problemas”, esto último observamos se refiere que lo viven en primera persona, no cuando lo ven a su alrededor, ya que no se manifiestan así en otros indicadores como “sufro cuando...” que podría completarse con “veo a otros sufrir” o “veo abusos”, y sin embargo todo el grupo en esta frase “sufro cuando...” responde en relación con su familia (“(...) estoy lejos de mi familia”, “(...) no estoy con mis hijos”, etc.)



### **Internos con alto bienestar psicológico.**

El funcionamiento psicológico de este grupo de internos se manifiesta de manera cualitativa a través de los siguientes sentidos subjetivos:

- Un estado de ánimo en el momento actual generalmente bueno, como percibimos a partir de expresiones del tipo “*me siento bien*”, “*me siento genial y voy a luchar por mis metas*”, “*me siento orgulloso de lo que he conseguido con mi esfuerzo y trabajo*”.

- Una adecuada adaptación al medio penitenciario, como vemos de su descripción de la cárcel, que ven como “*(...) un gran escarmiento*”, “*(...) un colegio de adultos internos*”, “*(...) una experiencia para cambiar*”, o “*(...) una buena elección*”. Y que no vuelve a aparecer en otros inductores, aunque todos ellos manifiestan su necesidad de salir en libertad (“*necesito salir de aquí*”, “*(...) la libertad*”, “*pensar en el futuro, en tener la libertad*” “*(...) ser libre*”) estas expresiones va acompañadas de la convicción de que pueden superar la situación que viven (“*puedo superar esto*”, “*puedo, claro*”).

- A esto le acompaña la ausencia de respuestas que denotan estados emocionales negativos o de preocupación más allá de parámetros normales por sus circunstancias. Y sí hay en cambio, manifestaciones a través de varios inductores que transmiten cierta estabilidad cognitiva y emocional, por ejemplo, al describir lo que les gusta (“*me gusta hacer actividades, deporte, música, ver la televisión, trabajar*”, “*me gusta divertirme*”, “*me gusta el cine*”, “*me gusta estudiar, pilotar aviones*”), o en lo que son buenos “*(...) en dibujar y en mi trabajo*”, “*(...) en mi trabajo*”, “*(...) en mi trabajo y como compañero*” o incluso al mencionar lo que no soportan “*(...) las moscas*”, “*(...) madrugar*”, “*(...) la desigualdad*”, o “*(...) que me comparen con otra gente que a mí no me gusta*” alejándose en este último caso de respuestas sobre el clima social del módulo en que están. Estas respuestas permiten apreciar también cierta autonomía y asertividad, que también aparecen en otras frases como “*consumo porque me gusta*”, “*(...) de vez en cuando porque me gusta*”.

- Observamos también en las frases de estos internos que muestran adecuada autoaceptación, buen nivel de autoestima y un autoconcepto elevado, que aunque no es realista, lo que hace es darles seguridad en sí mismos. Es el caso de uno de los internos que responde “*soy buena persona*”, “*la gente piensa que no soy mala persona*”, “*necesito una oportunidad para salir de aquí y demostrar que no soy ningún delincuente*” y que vemos por

tanto la visión que tiene de sí mismo tan positiva. O el caso de otro interno, condenado por un intento de asesinato a diez años de prisión, que expresa “*ser feliz*”, “*sentirse bien*”, que “*puede con lo que se proponga*” y que sufre únicamente cuando “*me duelen las muelas*”, y sin manifestar una sola expresión de arrepentimiento, culpa, malestar o preocupación por los hechos que le trajeron a prisión, porque vuelva a suceder o por lo que los demás piensen de él. O en las respuestas de un tercer interno, que se percibe como “*(...) agradecido*”, “*la gente piensa que yo soy muy buen chico y fuerte*”, que responde sin profundizar que “*sufre cuando las cosas no van bien*” y cree que puede “*(...) con todo*”.

- También se aprecia en las respuestas de este grupo capacidad y optimismo para pensar en el futuro sin que le genere malestar. Es el caso de un interno que refiere “*pensar en el futuro me anima a seguir adelante*” y “*En 5 años me veo con esposa y uno o dos hijos y viviendo en familia y trabajando para orientar a mis hijos para que sean buenos y ayuden a la gente en todos los aspectos*”; aunque este interno muestra alta deseabilidad social en sus respuestas en general, y una necesidad grande de ofrecer una imagen positiva de sí mismo, su forma de ser es optimista y resulta claro en su caso que su modo de ver el futuro le ayuda a adaptarse mejor y no decaerse. No obstante, los planes de futuro no manifiestan ser excesivamente elaborados, algunos se limitan a verse “*(...) más adulto, más responsable*” o “*(...) con más experiencia y más mayor*”, y otros prefieren más imaginarse casados, con pareja, como padres de familia y con hijos.

- Se observa también una clara confianza y seguridad en sus relaciones con los demás, percibiendo las amistades como “*(...) un gran apoyo*”, “*(...) un apoyo en algunos casos*”, o “*(...) muy importantes*”, y destacando el papel tan importante que la familia tiene para su propio bienestar, en este caso la familia de origen. En todos los casos los descriptivos hacia los progenitores son positivos y denotan una buena relación de afecto y apoyo con ellos. Debemos además señalar que salvo en dos casos, el resto no tienen pareja estable ni hijos, por lo que la situación de estrés que el verse apartado del núcleo familiar suele generar en los reclusos, aquí no se produce, favoreciendo por tanto, su bienestar.

Como última reflexión, comentar que llama la atención que entre todos estos internos no haya ni una sola respuesta relacionada con el deseo o la necesidad de cambiar nada sobre sí mismos o sus vidas. Al contrario que en el grupo con niveles bajos de bienestar, estos



reclusos parecen sentirse satisfechos consigo mismos y con la vida que han llevado, asimilando la entrada en prisión como una experiencia más en su trayectoria, que han sabido encajar y que no están dejando les desgaste emocional o cognitivamente.

## **8.2. ESTRESORES VITALES EN EL PASADO: ANALISIS DE HISTORIAS DE VIDA**

En el modelo teórico propuesto (véase pp. 125) se hacía referencia a la posible relación entre los eventos estresantes que ha vivido una persona en el pasado y su bienestar psicológico actual. El tipo de eventos más relevantes para el desarrollo personal y trayectoria vital de un sujeto se producen en las primeras etapas de la vida, es por ello que para hacer una primera aproximación al tema, se ha solicitado a los internos la narración de sus historias de vida, divididas en cuatro etapas.

De los 179 internos que han participado en el estudio se han recogido un total de 104 historias de vida. Algunos internos han preferido no realizar esta tarea por no sentirse cómodos con ella, otros no lo han hecho por dificultades idiomáticas o por no saber escribir bien, y también hemos tenido que descartar historias de vida que han entregado algunos internos y que se limitaban a una descripción cronológica de hechos, sin trechos de información significativos, en los que hubiera implicación personal y emocional del interno.

Por otro lado, decir que de las cuatro etapas de las que constaba la redacción a realizar, se han analizado las dos primeras, las referidas a *1. Infancia y preadolescencia (primeros recuerdos hasta los 14 años)* y *2. Adolescencia e inicio de la edad adulta (14 a 25 años)*, por considerar, desde un punto de vista teórico, que son los periodos que recogen los eventos vitales más importantes, tanto positivos como negativos, en relación con el funcionamiento psicológico actual del individuo. Son los acontecimientos vividos en estas etapas los que marcan e influyen el posterior desarrollo personal y trayectoria de vida.

### **a) Análisis de eventos positivos y negativos en las historias de vida**

La salud una persona se define en la actualidad no sólo por la ausencia de malestar sino también por la existencia de bienestar. En este mismo sentido resulta importante, a la hora de explorar el tipo de eventos que narran los internos, considerar tanto los eventos que han relatado como negativos como aquellos otros que se pueden considerar positivos y han podido actuar como circunstancias protectoras.

El procedimiento seguido para analizar la información en cada una de las dos etapas exploradas ha sido el siguiente:

1. Se ha realizado un análisis pormenorizado de la narración de cada interno, dividiéndola en trechos de información;
2. Se han valorado los trechos de información como eventos positivos o negativos, teniendo en cuenta no sólo el contenido de la información relatada sino también el modo en que el interno lo ha hecho y el significado implícito;
3. Se ha realizado un recuento del total de trechos de información, según se hayan considerado como positivos o negativos, con el fin de obtener datos sobre la frecuencia de acontecimientos de cada tipo –positivo y negativo- que han experimentado los internos según sus narraciones.
4. Análisis cualitativo del tipo de eventos, positivos y negativos, más frecuente en esta muestra; y análisis de aquellos eventos negativos, que siendo únicos han podido ser vitales y marcar de forma traumática la vida de esa persona.

### **a) Etapa 1. Infancia y preadolescencia (primeros recuerdos a los 14 años).**

#### **Descripción del análisis conjunto de los eventos relatados:**

- **Eventos positivos:** El total de acontecimientos positivos descritos de forma conjunta ha sido de 223. La media de eventos positivos por recluso sería de 2,3. Se han registrado hasta un máximo de ocho trechos de información positivos relatados por el mismo interno, - en dos casos-, y hasta 18 internos no han reflejado ningún tipo de acontecimiento positivo al hablar de su infancia, un dato que resulta muy llamativo, ya que nos indica que entre los recuerdos que estas personas tienen de sus primeros años de vida no son capaces de expresar

ninguno que les haga sentirse felices. A este grupo le sigue el de otros 22 internos que únicamente han sido capaces de expresar un recuerdo que podamos considerar como positivo o agradable. El resto de interno han reflejado entre dos y tres trechos de información positivos sobre su infancia, lo cual tampoco es un número muy elevado.

- **Eventos negativos:** Se han descrito hasta 200 eventos negativos en esta parte, con una media de 2,08 eventos negativos por interno. El máximo número de trechos de información de tipo negativo o traumático expresados por un mismo interno ha sido de 10, también en dos ocasiones, y en el extremo opuesto hasta 35 internos describen una infancia en la que no reflejan ningún mal recuerdo al narrarla, seguido de un grupo de 17 internos que solo mencionan un recuerdo con carga negativa. Lo más frecuente ha sido, no obstante, que los participantes se mantengan entre ninguno y dos eventos negativos.

Lo más llamativo de este periodo no ha sido tanto el número de eventos descritos -que también, ya que ha sido alto-; como el tipo de vivencias relatadas y el modo en que muchos internos lo han hecho. En sus relatos de los hechos descritos, hemos podido apreciar una carga emocional muy alta, y han reflejado en muchos casos su vivencia personal de la situación descrita, lo que nos permite entablar conexiones entre las vivencias traumáticas narradas y el modo en que los internos, en su subjetividad, vivencian aquello que marcado significativamente su trayectoria de vida.

Por otra parte, referir que muchos de los de acontecimientos con carga negativa de esta etapa pueden ser considerados como traumáticos para el individuo, por la temprana edad a la que se han producido, y también porque suelen estar relacionados con sus figuras de referencia (progenitores) o sus hermanos.

#### **Descripción del tipo de eventos más frecuente:**

- **Eventos positivos**

Los eventos positivos relatados por los internos nos sirven como indicadores indirectos de aquellos factores más importantes que influyen en el desarrollo cognitivo, emocional y conductual del individuo durante la infancia. Así, la ausencia de carencias materiales es fundamental, como lo es también el plano afectivo, la existencia de figuras de referencia y

una red de apoyo social positiva y cercana, y también el desarrollo de valores y cualquier otra circunstancia que haya podido afectar de manera positiva a la autoestima y autoconocimiento, y al desarrollo de su personalidad. La forma en que el interno construye su infancia al narrar su historia de vida sirve en nuestro análisis como una primera aproximación a explorar la aparición y valor de estos elementos en la subjetividad de los reclusos.

A continuación comentamos los trechos de información que se han repetido con más frecuencia entre los internos al relatar esta etapa de sus vidas, y que hemos considerado positivos no sólo por la circunstancia en sí, sino también por su forma de relatarla.

- Las referencias que han hecho los internos al evocar su infancia y describirla como una infancia feliz, o también cuando se han referido a su infancia como normal. Con estas descripciones están transmitiendo una valoración global de esos primeros años de sus vidas, que no sólo es positiva, sino que además nos dice que a pesar de que se hubieran dado eventos negativos, no son considerados por el interno como de un impacto tal que les hayan marcado esos primeros años de forma emocionalmente traumática.

- También se han considerado indicadores indirectos de una infancia emocionalmente positiva para el individuo las referencias hechas al nivel socioeconómico de la familia en los casos en que el interno ha mencionado que ha sido un nivel medio o alto. También los casos en los que el recluso ha referido que a pesar de haber sido una familia con un poder adquisitivo bajo, el interno narra que no le ha faltado de nada o que tenía todo lo que necesitaban. De esta forma nos está relatando que no han existido carencias básicas de tipo material y que el interno se han sentido de pequeño bien atendido en estos aspectos.

- Trechos de información todavía más enriquecedores han sido los referidos al plano afectivo. Muchos internos han hecho referencia a lo queridos que se han sentido por sus padres, sus hermanos y su familia. También han reflejado comentarios relacionados con lo que sus padres y familia cercana les han cuidado o se han preocupado por él, o también lo unido que estaban a ellos. Estas manifestaciones son de especial relevancia, ya que nos están hablando no sólo de la red de apoyo social del interno sino, especialmente, del afecto y cariño que han recibido por parte de sus figuras de referencia, lo cual juega un papel fundamental en el desarrollo emocional del individuo, en su proceso de maduración y en la

formación de su personalidad desde etapas tempranas. Carencias a temprana edad en este sentido pueden tener consecuencias muy negativas sobre su desarrollo, además de influir de manera indirecta en la aparición de otro tipo de circunstancias, como por ejemplo el inicio temprano en el consumo de drogas debido, por ejemplo, a la falta de atención y supervisión y la ausencia de límites claros por parte de las figuras paternas.

- También encontramos referencias a la importancia de la red de apoyo familiar del interno, y valoraciones positivas que él mismo hace de la familia, a través de fragmentos en los que los reclusos narran momentos concretos en familia, fechas o días que recuerdan, rutinas que tuvieron, o reuniones y eventos familiares especiales. Estos recuerdos concretos llevan pareja una carga emocional muy importante. El interno no los relata de manera neutral, el modo en que lo hace pone de relieve el valor que estas situaciones tienen para él, y lo feliz que le hacen sentir o le hicieron sentir en aquellos momentos.

- Varios internos han hecho referencia en sus relatos a mascotas que tuvieron y situaciones compartidas con esas mascotas, reflejando así estados afectivos positivos que en este caso experimentaron hacia estos animales de compañía.

- Otro plano muy importante es el de las relaciones con el grupo de iguales. Ya en esta temprana edad encontramos diferentes trechos de información que se refieren a los amigos en la infancia, a un amigo más íntimo, o a los momentos que compartía con amigos en la escuela o en el barrio. Todos estos, por el modo en que los relatan, son considerados eventos positivos ya que el interno les da este valor al expresarlos y además, ponen de relieve la existencia de una red de apoyo externa a la familia, en la que tuvieron lugar las primeras interacciones con iguales, los juegos y se pudieron desarrollar diferentes valores prosociales y procesos de interrelación también importantes para el desarrollo posterior del individuo. En este sentido podemos incluir aquí las referencias que han hecho los internos sobre recuerdos de ellos mismos jugando, en la calle o en el colegio, y las descripciones de algún juego concreto. Todo ello, al traerse a la memoria en el momento de la narración está evocando sentimientos positivos en el interno, a la vez que refleja el valor e importancia que para el individuo tuvieron este tipo de eventos en su historia de vida.

- Otro grupo de trechos de información importante y frecuente en esta muestra han sido las referencias a haber empezado a trabajar ya antes de los 14 años. El haberse iniciado

en el mundo laboral a tan temprana edad ha conllevado el abandono de los estudios, y en la mayoría de los relatos lo hemos considerado como un evento negativo en la historia de vida del interno. Sin embargo, hemos encontrado ocasiones en las que el recluso si que relata sus primeros trabajos de forma positiva, y lo hace refiriéndose a esta circunstancia como un medio para ayudar a la familia económicamente, pero no impuesto por sus padres, sino elegido, o con el fin de tener su propio dinero o porque no querían seguir estudiando y prefirieron trabajar. Como vemos con este ejemplo, lo importante a la hora de analizar la información no es tanto el contenido que se relata como la forma en que el interno lo hace y la interpretación que él mismo da a dicha circunstancia. El modo en que algunos internos refieren haber comenzado a trabajar hace evidente que esta situación, lejos de ser traumática o haber sido una experiencia negativa para ellos, forma parte de sus recuerdos positivos, y su forma de construir e interpretar esta circunstancia le dota de un significado que refuerza la autoestima del individuo.

Se incluyen a continuación el relato de dos internos que han narrado esta etapa de forma positiva, y que sirven de ejemplo de los diferentes tipos de eventos positivos que acabamos de mencionar como más frecuentes:

*“Cariño no me ha faltado nunca, (...) he tenido muchos amigos, (...) me portaba superbién de pequeño (...) preguntaba mucho en el colegio (...) me gustaba mucho jugar y también levantarme con mi papá a hacer pan y cuando podía me iba con él a las 4 de la mañana (...). Recuerdo los domingos que nos íbamos a comprar churros y nos los comíamos todos juntos. (...) he tenido una infancia estupenda”. Interno C.P. Herrera*

*“Recuerdo haber tenido una bonita infancia, viviendo con mis padres y hermanos. He estudiado durante aquellos 14 años en un gran colegio de Madrid muy implicado con el deporte, cosa que me gustaba mucho y ocupaba muchas horas del día. Vivíamos en un buen barrio en una buena colonia de chalets con piscinas, en definitiva mucho deporte, muchos amigos y una vida tranquila, sin problemas. Nuestra familia estaba muy unida, mis abuelos, primos, tíos, nos veíamos con frecuencia, salíamos de campo, a los ríos, viajábamos a la playa todos en familia. Nos gustaba a mi hermano y a mi la bicicleta, nos recorríamos todos los días el barrio en bici. En definitiva, una vida o infancia para mí perfecta”. Interno CP.Herrera*

Como vemos, en ambos casos se pone de relieve la importancia que tiene no sólo el contenido de lo relatado, sino también la forma en la que el interno construye dicha información. Es el modo de construir la información lo que aquí hemos intentado explorar. El significado subjetivo que para el interno tienen los hechos que cuenta nos permite hablar de eventos positivos, y afirmar el valor emocional que el recluso da a los recuerdos que expresa. Consideramos también que el tipo de vivencias que los reclusos incluyen en sus narraciones son, para ellos, las más significativas en el momento actual en que se encuentra; y son, a su vez, indicadores del modo en que los planos emocional, afectivo y relacional, y se han significado en esta etapa de sus vidas, sentando las bases para el desarrollo psicológico del interno y para su proceso de maduración.

- **Eventos negativos**

Mientras que los eventos positivos son factores de protección para el interno, que afectan favorablemente a su desarrollo cognitivo, emocional y conductual; las situaciones negativas o traumáticas experimentadas por el recluso en esta etapa pueden tener un impacto nocivo muy grave sobre dicho desarrollo, y también sobre la dirección que toma su trayectoria vital. En este caso resulta tan importante la frecuencia de relatos negativos como el tipo de eventos narrados, ya que aunque haya sido una única circunstancia la relatada como negativa, puede haber significado para el interno un estresor agudo, y derivar incluso en trastornos de tipo adaptativo, muy especialmente el trastorno de estrés postraumático muy relacionado con las experiencias traumáticas, tal y como se ha comentado en el apartado teórico de esta tesis.

El análisis de los acontecimientos negativos ha tomado, por tanto, mucha relevancia, no sólo por las consecuencias de ellos derivadas sino porque puede mostrarnos el origen y características del contexto de referencia de esta población reclusa.

Las situaciones traumáticas que se han recogido de forma más frecuente entre los relatos de los internos para esa etapa de su vida, han sido las siguientes:

- Con una frecuencia muy elevada hemos encontrado las referencias a enfermedades graves, accidentes o al fallecimiento de alguno de sus progenitores o hermanos. En algunos

casos la narración ha sido meramente descriptiva y escueta, mientras que en otros casos hemos podido ver cómo el interno refleja el dolor y los sentimientos que esa pérdida le ha supuesto.

Uno de los casos es el de un interno que relata “(...) *A los 9 años recuerdo, y eso no se olvida nunca, que murió mi madre y a raíz de eso vinieron los problemas. Mi padre se casó de segundas a los 9 meses de morir mi madre. Lo pasé muy mal porque el cariño que te da una madre no te lo da una madrastra (...).* Interno CP.Herrera. Como vemos, en la información que expresa el interno, la significación de la ausencia materna ha sido muy importante para él, a su fallecimiento se une la percepción de falta de afecto que ha experimentado este interno desde muy pequeño, carencia que él mismo considera le ha marcado mucho.

Otro caso, que nos ha impactado en este sentido ha sido el de uno de los internos que comenta “*Era muy feliz hasta que falleció mi padre cuando tenía 6 años, sufrió un accidente de tráfico. Mi madre calló en depresión y estuve cuatro años sin comer carne, sin ver la TV, apenas jugábamos hasta que vino mi abuelo y nos llevó con él a Alicante y casi obliga a mi madre a quitarse el luto (...). Mi madre hizo todo por nosotros, incluso vender droga (...) y la metieron en la cárcel 4 años (...) me sentía muy solo yo y mis hermanos (...) yo me hice un pequeño delincuente y me llevaron a un reformatorio (...). Me casé con mi mujer a los 15 años y era mi novia desde los 8 años, y ha sido todo para mi (...). Cuando me fui de casa a los 17 años me llevé a mis dos hermanos pequeños conmigo*”.

En esta narración vemos cómo el interno describe el fallecimiento de su padre de manera escueta, y sin embargo, aunque no se extiende en exceso en su relato, ofrece indicadores que nos permiten valorar el significado que para él han tenido las circunstancias que se sucedieron tras dicha muerte. Por ejemplo, cuando el interno refiere “*estuve cuatro años sin comer carne, sin ver la TV, apenas jugábamos*” nos ofrece información sobre la situación de carencias básicas que vivió y el tipo de infancia que tuvo. No refiere que pasara hambre y sin embargo, resulta muy relevante que 25 años después tenga tan presente estos dos recuerdos. Siguiendo con el análisis de este relato observamos la figura tan importante que para el interno es su madre, con lo que relata podemos entender el vínculo de afecto que le une a ella y cómo valora él el hecho de que su madre practicara una actividad delictiva.



Además, mientras que en el caso del padre el interno no se ha pronunciado respecto de cómo le afectó su ausencia; en el caso de la madre, con su entrada en prisión, el interno expresa claramente la soledad que esto le produjo, indicador de la ausencia de afecto y cariño que el interno experimentó. También menciona la soledad de sus hermanos, con lo que podemos indirectamente deducir la importancia de su relación con ellos, y, como refleja por lo relatado más adelante, el sentimiento de responsabilidad que este interno tiene hacia sus hermanos, a los que se termina llevando con 17 años cuando se va de casa para cuidarles. El análisis de la infancia que relata este interno nos permite deducir que la muerte del padre derivó en que este interno no pudiera vivir una infancia normal, que madurara rápidamente, y que tuviera que adquirir responsabilidades, como el hacerse cargo de sus hermanos, desde muy joven. Por último, vemos como la construcción de la información que hace el interno sitúa su inicio en la actividad delictiva en relación con la ausencia de figuras paternas.

De las posteriores conversaciones mantenidas con el interno en relación a su vida, podemos constatar que su trayectoria a partir de entonces ha estado dificultada por su acceso al mundo laboral, su necesidad de sacar adelante a su familia, y sus intentos de salir del entorno marginal en el que ha vivido. Además, la gran responsabilidad de cuidar de sus hermanos, uno de los cuales está en prisión en la actualidad con él, y con el que se comporta como un padre, han condicionado mucho su forma de actuar donde las estrategias de afrontamiento más comunes han sido la evasión y huida de los problemas; con intentos, muchos frustrados, por conseguir hacerles frente.

- Por su parte, también se han relatado situaciones de enfermedades o accidentes padecidos por el propio interno. En este caso, los fragmentos se recogen indicadores que hacen evidente cómo estas circunstancias han dirigido su trayectoria vital posterior.

Entre los relatos analizados, encontramos un ejemplo de cómo un accidente fortuito puede haber significado para el interno un cambio fundamental en su vida que él define como el origen de su mala trayectoria. El interno narra “(...) cuando tenía 14 años tuve un accidente laboral, y me tuvieron que amputar el brazo derecho y entré en una gran depresión. Tenía muchos complejos, lo cual hizo que me refugiara en las drogas, y me puse a traficar para pagarme la adicción, y ya entré la primera vez en prisión (...)”.Interno CP.Herrera.

Posiblemente muchas otras circunstancias se entrecruzaron y hayan influido para que el interno acabase en el mundo de las drogas, del delito y en prisión, sin embargo, la forma en que el interno construye su relato da cuenta de la ausencia de atribución interna en relación con las decisiones que el interno ha tomado en su vida. Posiblemente no haya sido capaz de asimilar la pérdida de su brazo derecho y en su momento derivada en un trastorno de estrés postraumático, no obstante, percibimos cómo en la actualidad sigue interpretando y responsabilizando a esta circunstancia de los eventos que se sucedieron en su vida, sin tomar responsabilidad en aquellas decisiones que posteriormente fue tomando.

En la actualidad, de las conversaciones mantenidas con el interno, podemos deducir que no existe ya complejo por la falta del brazo que perdió y que el interno se siente cómodo y satisfecho con el estilo de vida que ha llevado. Sus niveles de autoestima se sitúan en márgenes normales, y su rol dentro de prisión es el de líder, siendo muy respetado por los demás internos, con lo que la imagen que pudiera transmitir de persona abocada a una “mala vida” por su accidente laboral contrasta con la persona que nos encontramos al conversar, quien muestra tener una personalidad muy resistente, con una adecuada autoestima y locus de control interno, y que se siente satisfecho con su vida, a pesar de haberla vivido al margen de la ley en ocasiones.

- Otro grupo de eventos vitales negativos de importante frecuencia entre estos internos son los referidos al divorcio o separación de los padres. En este sentido, lo es también la mención de la ausencia de figura paterna o materna, porque no conocieron a su padre desde el nacimiento, o porque se haya producido el posterior abandono de alguno de los progenitores. También incluiríamos entre este tipo de circunstancias, el haberse criado con familiares cercanos (abuelos, tíos) en vez de con sus padres, hecho que ha sorprendido en esta muestra por alta frecuencia de internos que lo comentan. Todas estas circunstancias relacionadas con la ausencia de alguno de sus referentes paternos implica normalmente alteraciones en los vínculos afectivos tan importantes en la vida de una persona en este momento vital.

Uno de estos internos, por ejemplo, cuenta que cuando sus padres “*Se separaron, mi madre se fue a Madrid interna y mi hermana y yo nos quedamos viviendo con los abuelos (...)*”.

*Interno C.P.Herrera*, aunque en su descripción por escrito no se aprecia si este hecho fue vivido traumáticamente, en conversación posterior el interno sí expresa lo difícil que fue para él asimilar la ausencia de su madre, que él experimentó como un abandono, y que posteriormente no ha tenido ocasión de suplir porque no ha recibido nunca muestras de cariño, de afecto ni de aprecio por parte de ella. Y es algo que ha marcado de forma muy significativa la vida y trayectoria del interno, que con ahora 24 años expresa muy intensamente la falta de afecto por parte de su madre al hablar con él.

Otro ejemplo es el caso de otro interno que refiere “*Me crié con mis abuelos, tíos y primas. Mi madre estaba apartada de mí trabajando en un club. Me daba envidia a ver que mis primas tenían el amor de una madre, aunque mis tías y abuela me daba ese cariño yo extrañaba el de mi madre*”. Su forma de narrar esta circunstancia, resaltando la ausencia del cariño de su madre por encima del hecho de haber estado bien atendido y cuidado por sus familiares, pone de relieve una carencia afectiva y un rencor hacia la figura materna muy presente en el momento actual. De hecho, al preguntar después al interno sobre su relación con su madre en la actualidad, comprobamos que lejos de mostrar afecto por ella, transmite un estado de ira latente. Hace culpable a su madre del devenir de su propia vida. Se trata de un proceso de atribución externa, que además muestra el tipo de personalidad del interno, como su tendencia a la huida y evitación. En las frases a completar, el interno refiere “*Mi madre...es mi madre*” lo que complementa lo comentado, una posición de indiferencia y frialdad hacia ella.

Un ejemplo más es el de un interno que comenta “*Cuando tenía 9 años mi madre se vino para España (...) mi hermana y yo nos fuimos a vivir con mi tía primero (...) y luego con mi tío*”. *Interno C.P.Herrera*. La vida de este interno está marcada no solo por la falta de su madre, sino además, por las dificultades y carencias que tuvo que vivir con la convivencia con su tía, quien no se lo puso nada fácil según él mismo relata en conversación con él, y de la que no recibió ningún afecto y sí castigos y reproches; y luego con su tío, en cuyo hogar, como veremos más adelante, fue testigo de un asesinato.

Circunstancias también traumáticas son las relatadas por otro interno que refiere “*Mi padre era marinero y mi madre ama de casa. (...) mi padre y mi madre no se llevaban bien, cada vez que venía de navegar eran peleas hasta que decidieron separarse y mi hermana y yo nos*

*quedamos con mi abuela y mi tío. Mi madre tardó 9 años en dar señales de vida”. Interno C.P. Herrera.* Este interno no expresa abiertamente las emociones y sentimientos que produjeron en él estos hechos, especialmente la ausencia de su madre por tanto tiempo. No obstante, el modo en que describe lo sucedido permite valorar el impacto emocional de estas circunstancias en el interno. No habla de su padre, pero sí de su madre, y lo hace en forma de reproche.

Una de las historias más difíciles de leer ha sido esta *“Recuerdo que cuando tenía 4 años mi papá nos dejó solos con mi mamá porque consiguió otra mujer con la que tuvo a mis dos hermanos. Él nos trataba muy bien, pero no se portaba bien con mi madre, que le costaba mucho sacarle lo de la comida de mis hermanas y mía. Con 7 años me llevaron a vivir con mis abuelos (...) cuando llegaba la noche sufría mucho porque no me dejaban ver la TV y me acostaban con los pollos. Me hacía mucha falta mi mamá y mi papá. (...) Esos fueron unos de los peores años de mi vida. A los 10 años me llevaron a vivir con mi tía (...) fue peor porque me pegaba. (...) con 12 años conocí lo que es la vida en la calle”. Interno CP.Herrera.* La infancia de este interno no solo ha estado caracterizada por la falta de afecto y de referentes claros, que le cuiden y traten bien. Además, ha experimentado momentos de mal trato, por parte de aquellos que debían quererle y protegerle. En el caso de este recluso, sus vivencias de la infancia le convirtieron en un adolescente difícil como él mismo relata en la etapa posterior (14 a 25 años), pero sin embargo, en el momento en que se casa y empieza a trabajar es capaz de encauzar su vida, llevar una vida normalizada y alejada del delito y del consumo de drogas, y se aprecia en él una alta resiliencia. No obstante, su nivel de agresividad e impulsividad latente, es alto, y posiblemente reflejo indirecto de sus vivencias y experiencias en esta etapa.

- Los malos tratos han aparecido con cierta frecuencia en las historias de vida de estos internos. Encontramos internos que expresan haber sido víctima de malos tratos por sus padres, otros que han sido testigos de maltrato, sobre todo de su padre o padrastro hacia su madre, y un tercer grupo que ha vivido las dos cosas. En este tipo de circunstancia también ha sido frecuente leer referencias hacia el padre como borracho o alcohólico.

Algunos de los relatos que expresan este tipo de circunstancias traumáticas son los siguientes.

Este interno comenta “(...) *mi padrastro sacó a mi madre del club, se casaron y ahí empezó todo mi infierno. (...), mi madre empezó a cambiar, yo veía como mi madre le pegaba a mi padrastro y él a ella y así a los dos años empezaron a pegarme a mí sin motivo*”. Interno C.P.Herrera. La manera en que este interno relata estas circunstancias está llena de emotividad y es difícil no percibir el modo en que estos hechos afectaron al interno en su pasado y sigue afectándole en el presente, por la forma en que lo relata.

Otro interno nos relata una paliza concreta que recibió por su padre “*Ya de pequeño recuerdo que si algo me gustaba o me llamaba la atención, lo robaba, no sé porqué pero lo hacía. (...) Un día se me escapó el autobus para ir al colegio y me fui andando unos cuatro kilómetros, por el camino robé unos canarios de una casa y los metí en mi mochila. Luego ví unos gatitos y cogí uno y lo metí a la mochila (...) hice pellas como muchas veces y a la hora de ir a mi casa siempre se enteraban y me pegaban, sobre todo ese día que el gatito se comió los pájaros (...) cuando mi padre vino del trabajo me dio una gran paliza con una correa. Si la pobre de mi abuela no interviene creo que me habría matado*”. Interno C.P.Herrera. Aunque el interno no expresa directamente los sentimientos y emociones derivados de estos hechos, llama la atención el lujo de detalles con que ha contado lo que le sucedió, a pesar de que han pasado 35 años, y de que podría haber cierto deterioro cognitivo por tratarse de un interno consumidor habitual de drogas. También llama la atención cómo, en un relato acompañado de emociones negativas es capaz de mostrar afecto por su abuela (“mi pobre abuela”). Ambos aspectos nos llevan a pensar que estos hechos han sido traumáticos para el interno.

El siguiente interno relata de forma muy concisa lo siguiente “*Cuando era pequeño a los 5 años veía malos tratos de mi padre a mi madre, se emborrachaba y la pegaba, la sacaba cuchillos, la perseguía por la calle insultándola, etc*”. Interno C.P.Herrera. Este corto relato está sin embargo cargado de significado para el interno, las palabras que elige para expresar los malos tratos de los que era testigo, hacen fácilmente deducible la experiencia traumática que esto supuso para el interno.

El siguiente interno, del que ya hemos hablado antes, a quien dejó su madre con los abuelos para irse de interna a Madrid, también fue víctima de malos tratos “*A los 13 me fui con mi madre a Madrid, se echó pareja y nos maltratataba a mí y a mi hermana, a mi madre no se lo que la hacia que la tenía manipulada, cuando nos pegaba, insultaba...*” Interno C.P.Herrera.

Un último ejemplo en este caso referido a la vivencia que los internos hacen de tener un padre alcoholico, “*En casa se había instalado el problema del alcohol. Mi padre trabajaba y bebía y esa era su vida. Mi madre sufría en silencio (...). En el pueblo pronto me convertí en el hijo del borracho*”. Interno C.P.Herrera. Vemos en este caso cómo claramente cómo el problema de alcoholismo de su padre se convirtió en un problema para el interno, que lo vivió de forma traumática tanto por ver a su madre sufrir como por las etiquetas y opinión de su entorno, lo cual pudo afectarle mucho, tal y cómo él mismo relata en su etapa posterior.

- Son muchos los internos que también mencionan el abandono temprano de la escuela, y en algunos casos justifican expresamente el motivo: porque no les gustaba, o para empezar a trabajar; en otros casos, lo relacionan con las malas compañías o con el inicio en el consumo de drogas. Relacionado con ello, hemos considerado como un evento negativo las situaciones que los internos han relatado relacionadas con la actividad laboral, por ejemplo, el verse obligado a trabajar a temprana edad para ayudar económicamente en casa, pero también justificada por otras circunstancias adversas.

Por ejemplo, es el caso de un interno que cuenta “*Trabajé para pagarme mi comida y que mi padrastro no tratara mal a mi mamá por mi culpa, pero él la trataba mal y ella se disgustaba conmigo pegándome o echándome de casa*”.. Interno CP.Herrera

En este sentido algunos internos han comentado que se han visto obligados a abandonar los estudios porque no había dinero para mantener la asistencia a la escuela (en un país extranjero); o porque era necesario que el interno trabajara o participara en las labores de la granja, del campo o que ayudara a su padre en el negocio familiar. Este inicio precoz en la actividad laboral hemos podido ver como en más de una caso el propio interno lo relaciona con el contacto temprano con las drogas y el alcohol. Es el caso, por ejemplo, de un interno que a los 10 años empezó a hacer repartos de género a los bares con su abuelo, y se inició,

arrastrado por éste, en el consumo de alcohol; o el de otro interno, que con 12 años iba a recoger chatarra con su primo más mayor en su furgoneta y como su primo fumaba marihuana, él empezó a hacerlo.

o Encontramos también varios relatos que incluyen referencias al inicio en el consumo de drogas o de alcohol, normalmente hachis o marihuana, pero también de cocaína o de heroína antes de los 14 años. También son varios los internos que describen sus primeras actividades delictivas, como robos o “trapicheo” de drogas. Y algunos de ellos mencionan además, sus ingresos en Centros de Menores.

Algunos ejemplos del modo en que los internos narran y vivencian estas circunstancias son los siguientes:

Un interno refiere “...era un revoltoso, no iba al colegio, me escapaba de mi casa y empecé a tontear con los porros, la cocaína y el alcohol”. Interno C.P.Herrera

Otro de los internos comenta “A partir de los 12 años me juntaba con gente mucho más mayor que yo y a base de estar con ellos a los 15 años empecé a tener juicios, llegaba tarde a mi casa, etc.” Interno CP.Herrera

En el caso de otro interno “A los 14 ya estaba metido en pequeños hurtos a las tiendas y haciendo travesuras fuertes como engancharme a los camiones por atrás para que nos llevaran unos kilómetros por carreteras”. MA.R.M Interno CP.Herrera.

Y un último ejemplo, el de este interno que refiere “A los ocho años me ingresaron en el centro de menores (...), nueve meses después mi madre vino para llevarme con ella pero al cumplir los 12 años me tuteló la Comunidad de Madrid, no porque mi familia no pudiera hacerse cargo de mi sino que no hacía caso a nadie”. Interno C.P.Herrera

Resulta interesante ver cómo describen estas circunstancias los propios internos. Únicamente en un caso el interno culpa a las malas compañías de su mala conducta. En el resto de ejemplo el interno no intenta exculparse ni hace un proceso de atribución externa, aunque tampoco se aprecia un proceso reflexivo profundo, porque el interno no da una explicación elaborada que intente justificar sus conductas. Si bien estos fragmentos han sido extraídos de relatos más completos, y de forma indirecta puede que circunstancias previas el interno las haya relacionado con lo que ahora cuenta.

Es interesante ver cómo estos reclusos no intentan ofrecer una imagen positiva de sí mismos, sino que describen claramente las conductas que empezaron a tener y aunque no hay un proceso reflexivo de concienciación, sí que apreciamos un proceso valorativo donde el interno da cuenta del origen temprano de lo que ahora le define bajo la etiqueta de delincuente, tal y como muchos asumen.

- También hemos encontrado diversas narraciones en las que el interno relata haber sido testigo o víctima de violencia en su entorno social, incluidos homicidios.

El caso más impactante ha sido el de un interno que nos cuenta “(...) *mi tío tenía problemas con una gente y tenía miedo que nos hicieran algo (...) el primo de mi tío y el cuñado que vivían en la casa también no se llevaban bien. Y un día estoy con el primo de mi tío en la habitación jugando y el cuñado de mi tío estaba arreglando el coche (...) el primo de mi tío le dijo que no se hacía así (...) y el otro le respondió usted sabe más de chuparla que de esto. Entonces el primo me levantó de la almohada, sacó una pistola y se fue hacia la ventana, (...) me quedé mirando y el primo le empezó a disparar y lo mató*”. Interno C.P.Herrera. Estos hechos fueron relatados por el interno en una conversación previa, en la que llamó mucho la atención la ausencia de señales emocionales que acompañaban el relato, mientras que el interno afirmaba en varias ocasiones y con diferentes expresiones lo mucho que esto le había marcado, incluso a día de hoy. La ausencia de vivencia emocional, en este caso, la relacionamos con la dificultad que el propio interno tiene para expresar cualquier tipo de emoción. El conocimiento de este interno permite confirmar que esta dificultad para manejar y expresar emociones ha sido un mecanismo de defensa aprendido en su pasado.

- El último tipo de relatos que podemos definir por su importancia ha sido el relacionado con haber sido víctima de abusos sexuales, de forma puntual o como abusos continuados. Este tipo de circunstancias no ha aparecido con tanta frecuencia, ha sido sólo referida en tres de los 104 relatos recogidos. Por un lado, este tipo de situaciones son menos frecuentes entre la población masculina, aunque tampoco es fácil que sean expresamente reconocidas de forma escrita por la víctima. Precisamente estamos hablando de un evento



traumático con unas secuelas muy graves en el desarrollo personal, emocional, afectivo, relacional y sexual del individuo.

Es el caso de uno de los internos que relata “(...) *con 12 años conocí a una persona mayor de Madrid que me hacía regalos y me daba dinero y, a cambio, yo no protestaba cuando me metía mano y etc. Todo con las buenas palabras de una amistad que tanto necesitaba*” Interno C.P.Herrera. El interno informa brevemente sobre la situación de abuso sexual continuado que vivió en su infancia, observamos además como no hay referencia a las secuelas, emociones o sentimientos derivados de estos hechos, y no hace ninguna valoración negativa sobre la situación de abuso. Sin embargo, en su corto relato se puede apreciar perfectamente la situación de indefensión a la que estaba sometido él, y el modo en que fue chantajeado, de la misma manera que se puede apreciar un sentimiento de culpa del interno hacia sí mismo. En vez de hacer reproches o críticas hacia el abusador, el interno habla de “la amistad que tanto necesitaba”, permitiéndonos conocer la situación de carencia afectiva que estaba viviendo y justificando el hecho de haber “consentido”, tal y como lo interpreta él, esta situación, lo que es un indicador del sentimiento que el interno tiene de ser responsable de lo ocurrido por haberlo consentido.

---

Todos los fragmentos relatados son ejemplos de estresores agudos y experiencias traumáticas que han sido muy significativos en la vida de estos reclusos. No obstante, el impacto de estas vivencias negativas en los internos puede ser muy diferente en unos y otros, dependiendo no sólo del resto de factores protectores que han podido darse en la trayectoria vital de esta persona, sino también por la forma en que el individuo ha vivenciado dicha experiencia de manera activa, y por el modo en que ha gestionado las secuelas de ellas derivadas.

Hay personas que aprenden y crecen ante la adversidad, construyen de forma positiva sus experiencias negativas, porque son capaces de dotar de sentido lo que viven y valorar los aspectos más constructivos de estos sucesos, por muy traumáticos que parezcan. Y sin embargo, hay quienes ante los mismos hechos o ante hechos que podríamos valorar incluso como menos traumáticos, presentan síntomas psicopatológicos, incluso trastornos de salud mental concretos, así como un deterioro emocional y psicológico muy graves. Estos efectos

negativos es fácil que afecten al posterior desarrollo personal del interno y, de forma indirecta, a sus conductas y comportamientos más desadaptados.

En este sentido, no debemos olvidar el importante papel que juega la persona, como sujeto activo, quien interacciona con su mundo inmediato y con su entorno, quien construye sus significados y quien influye sobre su contexto al igual que lo que sucede alrededor le afecta a él. Y estos procesos de interrelación se viven de manera dinámica, en un contexto temporal, de espacio y cultural, de forma diferente por cada persona, lo cual que no deben ignorarse. Así, en las experiencias relatadas el interno tiene un papel activo, tanto de interacción con los hechos vividos en el pasado, como también de construcción a la hora de traerlos al presente y narrarlos de forma escrita. Ambas circunstancias son relevantes, la primera porque nos presenta a un sujeto activo que responde, de un modo u otro ante la experiencia relatada, aunque no nos haga partícipes directamente de su reacción frente a la misma, la interpreta y a partir de su vivencia cambia sus creencias sobre el mundo en que vive, sobre los demás o incluso sobre sí mismo en función de lo sucedido, y además, reacciona con determinadas conductas y actitudes frente a los hechos. Y la segunda porque el individuo filtra y selecciona la información que nos da por escrito, la elabora y la dota de un determinado sentido, que es aquel formado no sólo por los hechos descritos, o la interpretación que él hace de los mismos, sino también por las emociones y sentimientos que el interno incardina de manera inconsciente a su relato y que intentamos llegar explorando en modo de narrarlos.

Dicho esto, del análisis conjunto de eventos vitales negativos de la infancia, podemos diferenciar dos grandes grupos.

Un grupo de interno que, aunque estén ahora en prisión, han sido capaces de llevar una vida, desde la adolescencia, normalizada, y han sido capaces de hacer frente a la situación o situaciones traumáticas vividas, y lo han conseguido, como ahora veremos, gracias principalmente a dos circunstancias: la actividad laboral continuada, y las relaciones de pareja estables o matrimonios.

El otro grupo lo forman los internos que, inmersos en una situación difícil o habiendo vivido experiencias traumáticas, no son capaces de hacer frente a la falta de referentes familiares y de límites, o las situaciones de maltrato y a la falta de afecto que han experimentado de

forma continuada, todo lo cual en su caso ha derivado indirectamente, y mayormente, en el consumo temprano de drogas, en el abandono escolar, o en el inicio en la actividad delictiva, como ejemplos de las conductas desadaptadas más generalizadas en este grupo.

## **b) Etapa 2. Adolescencia e inicio de la edad adulta (14 a 25 años).**

### **Descripción del análisis conjunto de los eventos relatados:**

- **Eventos positivos:** El total de acontecimientos positivos relatados en esta etapa ha sido de 398, casi el doble que la etapa anterior. Destaca un grupo de 6 internos que no son capaces de expresar ningún recuerdo positivo relacionado con este periodo, y 9 internos se limitan a mencionar una única circunstancia que podríamos definir como positiva; en el lado opuesto, tendríamos a dos internos que en su relato hacen hasta 11 descripciones que podríamos considerar como satisfactorias o positivas, seguidos de un grupo de veinte internos que relatan más de siete recuerdos buenos de esta etapa de sus vidas. Se han relatado una media de entre 3 y 5 eventos positivos en sus narraciones.

- **Eventos negativos:** en este caso el recuento ha sido de hasta 281 situaciones negativas o experiencias traumáticas, con una media de 2,9 por interno, y destacando que en este caso ha habido 4 internos que han descrito hasta 12 a 13 circunstancias traumáticas o negativas para este periodo de sus vidas. En el otro extremo, observamos como un grupo de 19 internos no recuerdan ningún tipo de acontecimiento negativo, con lo que podríamos estar hablando de una adolescencia normalizada y feliz. El grupo más numeroso rondando entre 1 y 2 eventos negativos (31 internos de 94). En este caso, como veremos, el tipo de evento relatado, aunque le hemos atribuido carga negativa por las consecuencias derivadas del mismo, no siempre sería un acontecimiento traumático para el individuo, aunque sí muy importante, por las consecuencias tan negativas que ha tenido sobre él y sobre su vida (p.e. el inicio en el consumo de drogas).

### **Descripción del tipo de eventos más frecuente:**

#### **1. Eventos positivos:**

Los acontecimientos calificados como positivos que han sido relatados con más frecuencia por los internos en esta etapa han estado relacionado con el siguiente tipo de acontecimientos.

- Relaciones de pareja: destacando por su frecuencia y forma de relatarlo, el haber tenido pareja estable, o haber conocido en este periodo a la que fuera después su esposa, o es su pareja actual. Encontramos también relatos sobre matrimonios contraídos en este periodo. Vemos así la importancia que el terreno afectivo tiene en la vida del individuo, y lo relevante que es para estos internos el haber experimentado este tipo de circunstancias, que nos reflejan tanto la importancia de haber vivido la experiencia de relaciones emocionales, sobre todo de aquellas más estables, como también la existencia de una figura cercana que le ha dado un apoyo emocional muy significativo, y que ha actuado como un factor protector frente a otras posibles circunstancias adversas.

- Nacimiento de hijos. En diversos relatos los internos hacen referencia al nacimiento de su primer hijo, expresando abiertamente en muchos de estos fragmentos la emoción y felicidad que ese evento les produjo, lo cual comprobamos no ha sucedido normalmente con otro tipo de descripciones de eventos positivos. Este hecho nos sirve como ejemplo para ver las dificultades entre este colectivo para expresar sus emociones, identificarlas y hacer partícipes a otros de ellas. En las narraciones han sido pocas las descripciones sobre los sentimientos o emociones evocados por determinados eventos negativos o positivos vividos, a los cuales hemos intentado llegar de forma indirecta, conectando diferentes indicadores. Sin embargo, el nacimiento de sus hijos conlleva en casi todos los relatos una descripción de las emociones positivas y sentimiento de felicidad que les produjo.

- Actividad laboral: los internos en esta etapa tienden a relatar el tipo de trabajo realizado, los puestos ocupados, describiendo incluso su buen desempeño en estos puesto. También algunos hablan de sus ganancias. Otros hacen también una valoración de esa actividad laboral, refiriendo lo que les gustaba. Especialmente relevantes nos han parecido las referencias, más de una, a la apertura de negocios propios. Esta tendencia emprendedora entre el colectivo de reclusos llama mucho la atención. Aunque posiblemente esté justificado porque la mayoría (122 de los 160 del estudio) son españoles residentes en pueblos de la zona de Ciudad Real, con lo cual el inicio de negocios propios a pequeña escala puede ser

relativamente frecuente por la zona de residencia. No obstante, el hecho de conocer que el interno en algún momento de su vida, aunque haya sido en el inicio de la edad adulta, ha tenido capacidad y voluntad para abrir un negocio nos habla también de las capacidades, actitudes y voluntad del interno, lo que no quita para que existan otro tipo de rasgos o conductas más desadaptadas y relacionadas con una determinada actividad delictiva. Esta reflexión nos hace recordar que en un mismo individuo conviven diferentes roles, compatibles unos con otros, y que, aunque resulten difíciles de atribuir a estas personas por tratarse de reclusos, por buscar coherencia cognitiva con los clichés de preso o de delincuente, sí que encontramos individuos que son buenos padres, trabajadores, maridos, empresarios y también delincuentes.

- Otras referencias positivas han sido en algunos internos su referencia al hecho de haber emigrado a España, que la mayoría lo motivan en la búsqueda de una vida mejor, de un futuro o para ganarse la vida y lo relatan de manera positiva.

- También se pueden valorar de forma positiva los comentarios sobre la compra de una vivienda, un coche o el haber viajado mucho. Son ejemplos de una etapa feliz en la vida del interno, aunque este tipo de circunstancias, relacionados con un alto poder adquisitivo del mismo, han sido menos frecuentes.

- Por su parte, un grupo más pequeño de internos hacen referencia a que continuaron formándose o estudiando en la universidad.

- Otros también hablan de sus buenas amistades, o momentos, situaciones especiales o fechas vividas en compañía de familiares o amigos, en el mismo sentido que cuando lo hicieron en la etapa infantil, como indicadores de la importancia del apoyo social y de su capacidad para mantener relaciones cercanas y positivas.

Son estos los tipos de eventos positivos o favorables más frecuentemente relatados por los participantes en esta etapa. Todos los relatos son indicadores de una etapa feliz o de momentos felices, aunque también se hayan relatado otros más difíciles. Como ejemplo de este tipo de relatos incluimos los siguientes:

Un interno nos hacen una descripción extensa de esta etapa de su vida, en la que podemos ver ejemplos de varios de los eventos comentados: *“A los 14 años empezaron a gustarme*

*las motos (...) empecé a trabajar con mi padre pero como no me dejaba comprarme una moto empecé a trabajar de albañil (...) me compraron la moto a los 16 años (...) trabajé de albañil y aprendí muchísimo. A los 20 años me hice autónomo con un amigo y nos iba muy bien (...). A los 23 años tenía una muy buena empresa, tenía a 100 personas trabajando, todo iba genial hasta que el famoso pocero me dejó 600000€ a deber (...)*". Interno CP Herrera. En este relato más extenso de lo que acostumbran a hacer los internos, podemos ver como las descripciones de los acontecimientos que se sucedieron en la vida del interno se hacen también con una valoración personal sobre los mismos, y se aprecia la importancia y satisfacción que supusieron para el interno algunos de los logros alcanzados, como la compra de la moto o lo mucho que aprendió al trabajar de albañil.

Este interno, en cambio, realiza una narración con menos valoraciones personales y de forma más telegráfica. *A los 16 años vine a España. A los 18 años nació mi hija. A los 22 años mandamos a mi hija a Colombia pensando podríamos conseguir papeles y un trabajo mejor solos. (...) Hasta los 24 años vivíamos como reyes, todos trabajábamos, mi madre, mi hermana, mi mujer, y no faltaba el dinero en la casa ni en Colombia. A los 24 años nos mudamos a Valencia mi mujer y yo, ganaba bien, salía de fiesta y vivíamos bien.* Interno CP Herrera. Las repetidas referencias a la buena situación económica que ha tenido el interno en este periodo pone de relieve la importancia que para él tiene este hecho. Si tenemos en cuenta su infancia, marcada por carencias tanto de tipo material como afectivo, entendemos por qué le da tanta importancia al tema económico. Por otro lado, llama la atención el hecho de que el interno haya mandado a su hija a Colombia, alejándola de él y su mujer, siendo capaz de hacer a su hija lo mismo que sus padres hicieron con él, justificándolo en la consecución de un trabajo mejor, anteponiendo por tanto las necesidades económicas a las afectivas, y sus propias necesidades a las de su hija.

## **2. Eventos negativos:**

En esta etapa, las historias que leemos suelen tener mucho en común en lo que se refiere a los relatos de tipo negativo. Hay un perfil de interno cuya trayectoria vital parece muy similar en unos casos y otros. Resulta muy interesante sin embargo, analizar el modo en que unos y otros reclusos relatan esa misma, o parecida, sucesión de acontecimientos. En casi

todos los casos el denominador común es el inicio en el consumo de drogas y los primeros actos delictivos. Son estos los dos tipos de circunstancias negativas más frecuentes: el inicio en el consumo de drogas, o su escalada al consumo de drogas más fuertes; y el comienzo o incremento de la actividad delictiva, llevando a los primeros ingresos en prisión. Algunos fragmentos que nos sirven como ejemplo aparecen a continuación.

Uno de los internos narra, por ejemplo, que *“A los 18 años empecé a hacer cosas como vender droga y desmadrarme un poco aunque seguía trabajando. (...) Pasaba de todo lo que me decía mi familia. (...). Con 19 años me cogió la policía (...) yo lo pasé fatal, creo que no lo he pasado peor en mi vida, gracias al esfuerzo de mi familia a los 27 días me dieron la libertad bajo fianza (...) lo pasé muy mal pero siempre he sido muy fuerte”*. Interno CP.Herrera. La infancia de este interno no ha acompañado a los hechos que él relata ahora, en el sentido de que no ha sido una infancia infeliz o traumática. Él mismo describía haber tenido un infancia fue muy feliz, comentando que no le faltaba de nada, y que hasta los 18 años tenía trabajo estable y mucho dinero. Sin embargo, sin dar explicaciones que justifiquen o ayuden a entender el estilo de vida elegido por el interno, relata cómo su trayectoria se truncó. Su forma de relatar los hechos permiten percibir que su locus de control es interno, el recluso se reconoce responsable del modo de vida que eligió a partir de los 18 años. Pone de relieve también el valor tan importante que para él tiene la familia, cuyo afecto el interno percibe como incondicional. Y por último, podemos deducir que el nivel de autoaceptación de este recluso es alto, se reconoce muy fuerte y aunque refiere haberlo pasado mal, percibimos cómo se trata de una descripción de sí mismo con la que no se siente cómodo y seguidamente la enmienda para ofrecer una imagen mucho más positiva de sí mismo (“siempre he sido muy fuerte”).

Otro relato de ejemplo, *“Desde los 18 años ya empecé a delinquir y conocer las drogas pues la mayoría de las cosas que pasaban a mi alrededor estaban relacionadas con todo esto. Creo que elegí el camino más fácil y cómodo y así me convertí en un fuera de la ley llegándome a gustar lo que hacía”*. Interno C.P.Herrera. En el caso de este interno llama la atención el esfuerzo que él mismo hace por profundizar y ofrecer una explicación sobre lo que relata. Primero relaciona su contacto con las drogas y el delito por el entorno marginal al que pertenece y por las compañías. Sin embargo, luego rectifica y hace una interesante reflexión en la que reconoce que la responsabilidad sobre el tipo de vida que tuvo y que

tiene han sido su responsabilidad, por haber elegido “el camino más fácil y cómodo”. En este caso, durante su infancia el interno ya hablaba de su necesidad de ser el que más destacaba en todo, el más arriesgado, el que más “trastadas” hacía, rebasando las normas sociales siempre que podía. La atribución interna es evidente cuando en este fragmento el interno termina reconociendo que le llegó a gustar lo que hacía. Esta última reflexión es muy llamativa, los internos tienden a justificar sus actos delictivos, a mostrar cierto arrepentimiento, aunque sea superficial, o se escudan en el consumo de drogas y de alcohol para justificarlo. Sin embargo, es muy raro encontrarnos con un recluso que asume y expresa abiertamente que le gustaba lo que hacía. Esta coherencia cognitiva ayuda al interno.

Otro caso que también resulta interesante es el siguiente: (...) *en 2º de Bachiller fue cuando me fui desviando y a empezar a cambiar de amistades, que me iba con los gitanos... en fin , un desastre, ahí empecé también con el trapicheo y eso me llevó a repetir el curso (...) y todo esto pues me he dado cuenta que me ha traído esta desgracia, se ha ido acumulando todo, ya no acudía por casa, porque tenía dinero (...) empecé a consumir a los 17 o 18 (...) llegó un momento que todos los días de la semana consumía.* Interno CP.Herrera. Este interno ha ingresado en prisión muy joven y cumple condena por un homicidio. Su infancia y preadolescencia fueron impecables, sin eventos traumáticos en su entorno más cercano, recibiendo el cariño, afecto y atención de sus padres y hermano en todos los sentidos, y viviendo en un entorno de lo más normalizado. Sin embargo, el grupo de referentes, la personalidad del individuo y circunstancias relacionadas como su falta de madurez, así como la ausencia de responsabilidades, y una baja tolerancia a la frustración, parecen haber sido el caldo de cultivo de su inmersión en el consumo descontrolado de drogas y alcohol, con consecuencias nefastas. El modo de narrar su historia de vida resulta, sin embargo, muy sorprendente, ya que parece hacerlo, igual que sucede en conversación con él, en tercera persona. Intenta esforzarse por mostrar algún tipo de arrepentimiento o cierta sintonía emocional al hablar de los hechos, sin ningún éxito, ya que resulta muy forzado. Al analizar algo más en profundidad este caso, nos encontramos con un interno muy joven, inmaduro y que se limita a vivir el presente y preocuparse por lo inmediato. Cuesta sin embargo imaginarle capaz de ser el autor de un delito de este calibre.

- También se registran otro tipo de circunstancias traumáticas o que han podido afectar de manera muy negativa a los internos durante este periodo, entre ellas estarían por



ejemplo, los accidentes, las enfermedades graves o el fallecimiento de padres, hermanos o familiares cercanos; también de amigos; o también las separaciones, el haber sido víctimas o testigos de violencia a su alrededor, etc. Se trata de circunstancias similares a las analizadas y comentadas en la etapa anterior, por lo que no hemos querido repetirnos en su análisis. Basta con considerar que también esas situaciones se han producido con frecuencia en este periodo.

Uno de los relatos que más nos han impactado ha sido el de un interno que refiere ” *Teniendo 16 años se murió mi hermana con 17 años en un accidente de coche, entonces me cambió la vida totalmente, decidí marcharme de casa a trabajar y meterme en problemas más gordos*”. Interno C.P. Herrera. De esta forma tan concisa el interno muestra abiertamente sus sentimientos más profundos y cómo la muerte de su hermana es algo que no ha sido capaz de superar. En conversación posterior con él, podemos confirmar que de todas las dificultades y problemas que ha tenido que afrontar este recluso, la circunstancia descrita ha sido la más difícil y la que le ha superado. El interno manifiesta lo unido que estaba a ella en varias ocasiones de la conversación, llegando incluso a emocionarse al hablarlo. Recordemos que esta unión pudo ser más fuerte por el hecho de que sus padres se separaron y ninguno quiso hacerse cargo de sus dos hijos.

---

El análisis realizado ha pretendido ser una primera aproximación a los acontecimientos más significativos relatados por las personas que están reclusas, con el fin de encontrar conexiones entre su presente y su pasado. Y también con la pretensión de entender mejor el lugar que la experiencia en prisión ocupa en el contexto de sus propias vidas; dado que la cárcel no es algo que suceda al margen de la persona, sino como consecuencia de otros acontecimientos en la vida y entorno del individuo, de los que él forma parte; y que en el futuro, esta estancia en prisión también seguirá presente como experiencia vivida, que ha podido cambiar el mundo de significados del individuo de forma más positiva o más negativa, pero que innegablemente se incardina con la subjetividad y trayectoria vital del sujeto de forma dinámica.

## **b) Análisis de historias de vida de los internos con peor y mejor nivel de bienestar psicológico.**

Para realizar este análisis se han tomado las historias de vida de cuatro y cuatro de los internos con peores y con mejores puntuaciones en bienestar psicológico global, según la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.

Los trechos de información más significativos, como vivencias positivas y negativas, se recogen a continuación, junto con el análisis de los mismos:

### **Internos con alto nivel de bienestar psicológico:**

Teniendo en cuenta lo referido previamente al comentar el tipo de eventos positivos y negativos más frecuentes en esta muestra de población reclusa, encontramos que los internos con alto nivel de bienestar actual no son siempre aquellos con unas etapas infantil, de adolescencia y temprana edad adulta más felices, ni en la frecuencia ni en la intensidad de los eventos a los que hace referencia. Y esto sucede así precisamente porque el individuo no es un sujeto pasivo frente a lo que le sucede, su estado actual no es consecuencia de la suma aritmética de los eventos positivos, restándoles aquellos negativos o al revés. El interno viven, interacciona y filtra aquello que experimenta en el pasado, eligiendo, muchas veces de manera inconsciente, aquello que mayor efecto tiene sobre su estado emocional, sus fortalezas y debilidades, y también sobre su personalidad y comportamiento.

Como ejemplo de casos en los que estas etapas sí que se caracterizaron por ser percibidas por el interno como muy positivas son estos dos relatos:

Uno de los internos refiere: *“Mi infancia fue muy linda. Viviendo con mi familia y estudiando (...). Hice mi primera comunión. Empecé el bachillerato y cambié de amigos y*

*de colegio (...) Hice mi confirmación y empecé a estudiar contabilidad. A los 18 terminé el bachillerato y trabajaba con mi padre en vacaciones. Tuve mi primera novia en serio. Trabajé dos años con mi padre y entré a estudiar Administración de Empresas (...) se me dio muy bien". Interno C.P. Herrera.* Aunque el relato carece de una valoración personal o algún tipo de expresión emocional, (salvo cuando refiere que la universidad se le dio bien), la sucesión de hechos que relata y la ausencia de fragmentos de tipo negativo o traumático llevan a pensar que el interno percibe su historia de vida hasta los 25 años como realmente feliz.

Y otro, de forma tal vez más breve: *"Tuve una infancia muy feliz al lado de mis padres, hermanos y amigos. Fui a la escuela y practicaba deporte. A partir de los 14 años iba al colegio, practica distintas disciplinas deportivas, sacé bachiller, estudié una carrera técnica. Trabajé como repartidor de mercancías. De adulto trabajaba como repartidor y taxista. Hice un curso de pilotaje particular de aeronavegación"* Interno C.P. Herrera. Este interno, de forma descriptiva, hace referencia a aquellas áreas más importantes para el adecuado desarrollo del individuo. Se percibe feliz, valora su red de apoyo familiar y su grupo de iguales. Manifiesta haber estudiado y da mucha importancia a la práctica de deporte. Menciona también su experiencia laboral. Y se echa en falta la ausencia de referencias a su familia adquirida, mujer o pareja. El interno, al ser preguntado, indica que nunca ha tenido ninguna relación seria, sin hacer valoraciones personales al respecto.

El siguiente interno, uno de los que mejor nivel de bienestar psicológico obtiene en este trabajo, relata una etapa infantil marcada por un evento muy traumático *"Mi infancia es muy distinta a la de los demás, haciéndome operaciones en las piernas. Estaba con mis amigos, con mis estudios y en el hospital. Mi madre a todas horas, días, meses... conmigo. A los 14 averigüé lo que era la discriminación física pero yo siempre he sido más fuerte que todas las palabras. Mis padres se divorciaron teniendo yo 17 años y tuve que crecer muy rápido para poder sacar adelante a mi madre y mis dos hermanos pequeños. Tuve que ponerme a trabajar y dejar los estudios. Conocí a la mujer de mi vida y me dio a las dos personas que más quiero en esta vida que son mis hijos. De adulto trabajé de electricista siempre (...) por circunstancias de la vida mi mujer y yo nos separamos. Me vi sin trabajo, sin paro, pasando la manutención a mis hijos. Me quedé sin dinero, me ofrecieron hacer un "viaje" por 10000€ por cocaína".* Interno C.P. Herrera. La narración calmada y detallada que hace el

interno de una vida con dificultades desde sus primeros recuerdos resulta muy interesante. Destacar de ella dos aspectos, el afecto hacia la figura materna, quien le cuidó cuando estaba enfermo, y a quien él cuidó cuando sus padres se separaron. Y el sentimiento de responsabilidad tan presente desde muy joven en su vida para hacer frente a las dificultades que su familia afrontaba. Es también llamativa la intensidad emocional que acompaña a la forma de hablar de su ex mujer y sus dos hijos, y como explica los motivos de su divorcio, lo cual aunque no se expresa directamente, si refleja indirectamente tristeza por este desenlace. Por último, realiza una explicación racional sobre los motivos a su delito, en una línea muy similar a la de cualquier interno al que se le pregunta en relación con los motivos que suelen para cometer delitos de tráfico de drogas.

Otro caso en el que se produce un evento traumático en la vida del interno, y que, aunque le ha marcado, no ha influido en su peor funcionamiento psicológico actual, es el siguiente: *“Mi infancia ha sido muy feliz y muy buena. Tengo una hermana que me lleva 21 meses y siempre hemos estado muy unidos para jugar, ir al cole. He tenido muchos amigos y nos juntábamos en el barrio para jugar (...) La vida pegó un palo muy duro a mi familia, cuando mi padre falleció cuando yo tenía 12 años, nos unimos mucho más. A los 14 años dejé los estudios y me puse a trabajar (...) porque quería ser mayor y tener mi propio dinero, y valorar lo que cuesta ganar dinero. (...) a los 21 años decidimos mi mujer y yo tener un bebé y nos cambió la vida, nos hizo muy felices (...). Nos ha ido muy bien, no me ha faltado de nada pero a mi mujer la diagnosticaron esquizofrenia y fue muy duro pero lo hemos ido superando, tomando su medicación ella está muy bien. A partir de los 25 años seguía trabajando (...) aunque tuvimos un error mi mujer y yo, nos juntamos con un grupo de gente y algunos fines de semana bebíamos alcohol y a raíz de eso tuvimos algunos problemillas de los 28 a los 31 años. (...) pero gracias a Dios nos dimos cuenta y (...) volvimos a ser felices los dos juntos”.* Interno C.P.Herrera La vida de este interno ha estado marcada por algunos eventos negativos muy intensos, sin embargo, como muestra su relato, los acontecimientos positivos también han tenido cabida en su vida, y han ayudado a compensar las posibles secuelas derivadas de los eventos negativos. Percibimos además que el interno se recrea más en relatar lo positivo que lo negativo, mostrando indirectamente que las circunstancias positivas tienen mayor significación para él. Y lo que es más importante,

el interno es capaz de mostrar un adecuado locus de control interno, aunque define su situación pasada como un error, no culpa a otros de sus malas decisiones.

En conjunto, percibimos como los relatos de las historias de vida de estos internos con un nivel alto de bienestar psicológico no guardan relación de ningún tipo con dicho nivel de bienestar actual. Aunque en líneas generales se trata de historias de vida en líneas generales felices, dos de ellas incluyen también acontecimientos traumáticos que, como hemos explicado, el interno ha conseguido valorar y significar de forma positiva, gestionando adecuadamente las secuelas derivadas de dicha situación, y no dejando que estos hechos condicionen su trayectoria vital.



### **Internos con un bajo nivel de bienestar psicológico.**

Las historias de vida que relatamos a continuación permiten profundizar poco en los análisis, más allá de lo mencionado hasta ahora. Las dos primeras reflejan únicamente trechos de información referidos a situaciones positivas, que son indicadores indirectos de la valoración satisfactoria de su infancia y adolescencia, por parte del interno. Y las dos siguientes incluyen únicamente un evento negativo, en el primer caso, el divorcio de los padres del recluso, que sí que resultó traumático para él; y en el segundo relato el inicio en el consumo de las drogas, a partir de los 21 años, que el interno intenta minimizar y también disculpar.

Un primer ejemplo es el de uno de los internos que relata *“Vivíamos en Valencia, iba lo que podía a la escuela, me gustaba mucho subir en la bicicleta, iba a los centros comerciales a ver las cosas y estaba todos los días con mis amigos. Con 16 años me casé, con 17 tuve a mi hija, trabajaba de vendedor ambulante, con ayuda de mis padres y suegros compré una pequeña casa. A los 18 ayudaba a mi padre con su negocio de coches de segundamano. Con 19 años tuve mi segundo hijo, fue pasando el tiempo y tuve a mi tercera hija y a los 24 tuve otro hijo. Todo este tiempo me dedicaba a la venta ambulante y de coches. Los fines de semana salía con mis amigos a divertirme y disfrutaba de mi familia. En 2006 vino una racha mala, no se vendían coches y me ofrecieron hacer billetes falsos para poder salir del paso y lo hice y aquí estoy”*. Interno CP.Herrera

Otro ejemplo similar *“Era un niño muy inquieto, me gustaba jugar, estudiar. Mi familia estaba muy unida. Salíamos los fines de semana a pasear. El mejor recuerdo cuando mi padre me regaló una moto. Mi ilusión ser general de la policía. Antes de entrar en prisión mi vida era normal, nació mi hijo y aunque no tenía a nadie me unió más a mi mujer”*.  
*Interno C.P.Herrera.*

Como referíamos, los siguientes dos ejemplos incluyen fragmentos que reflejan vivencias negativas, entre el relato de otros eventos positivos en los que el interno se recrea más.

Un ejemplo en este sentido *“Recuerdo a mis padres y mi hermano mayor. Éramos bastante felices. Con 5 años tuve una enfermedad de las raras y según los médicos estaba clínicamente muerto pero superé todo eso. Mi familia se reunía todos los domingos para comer. (...) mi madre como era muy malo de pequeño me llevaba atado con un peto y una correa. Mi familia era de clase media-alta y no me faltaba de nada. Con 11 años mis padres se divorciaron y durante un tiempo vivimos en un hotel hasta que mi madre consiguió echar a mi padre de mi casa y yo tuve que ir a declarar en contra de mi padre. Con 13 años no quiero estudiar y me ponen a trabajar con mi abuelo repartiendo cerveza de barril. Empiezo a beber sin control, a salir todos los días. El trabajo era duro pero no me faltaba dinero y fiesta a diario. Empiezo a no ir a casa, discuto con mi madre. Con 17 años conozco a mi mujer, me enamoro pero se lo cuento a mi madre y por ser diferente a nivel social la rechaza (...) a los 21 años decidimos casarnos e ir a vivir juntos ya que la relación con mi madre es insostenible. Con 23 años mi mujer se queda embarazada y mi abuelo me propone un negocio y me engaña. Acudo a mi padre que me da trabajo, lo cual provoca que no hable con mi familia durante 6 años. Con 27 años nace mi segunda hija y discuto con mi padre, así que me quedo sin trabajo. (...) con uno de la vendimia me engancho a la heroína y abandono a mi mujer e hijas (...) entro en proyecto hombre durante tres años, recupero a mi mujer y familia. (...) después de 5 años sin consumir vuelvo a consumir cocaína y ante la situación decido decirle a mi mujer que nos divorciemos lo cual provoca muchos problemas y empiezo a traficar y consumir heroína y cocaína sin control (...). Caí preso en Brasil en condiciones pésimas..Interno CP. Herrera.*

Otro ejemplo es el de este interno, que narra *“Mi infancia ha sido muy fácil porque mis padres me dieron de todo y una educación muy buena, aunque hemos sido pobres éramos*

*humildes. (...) a los 11 años recuerdo que decidí empezar a buscarme la vida y me busqué un trabajo como churrero (...). Jugaba mucho al futbol (...). A los 14 años me salí de estudiar para trabajar. A los 16 años conocí a una chica con la que estuve hasta los 24 años (...) se acabó el amor y a día de hoy es una de mis mejores amigas (...). Ella me hizo madurar rápidamente y la gente me envidiaba por estar con ella, mi vida era perfecta. Por desgracia a los 21 años conocí la cocaína y tuve ambición por conseguir todo en la vida a través de ella y poco a poco mi vida se fue estropeando (...)".. Interno C.P. Herrera.*

Pocos análisis podemos hacer de estos relatos que aporten nueva información respecto de lo ya dicho hasta ahora, ya que son reflejo de circunstancias positivas y negativas del tipo a las antes comentadas, por lo que nos hemos limitado a incluir las narraciones de los internos sin comentarios añadidos.

En conjunto, el análisis de los trechos de información aportados en estos relatos de internos con bajo nivel de bienestar psicológico en la escala de Ryff, y en los de los internos con alto nivel de bienestar en esta misma escala, muestran que no se puede establecer una relación directa entre las experiencias más traumáticas pasadas y el peor funcionamiento psicológico del individuo en el momento actual. Los relatos analizados aquí y en el apartado anterior han ayudado a confirmar que el individuo interacciona con su entorno de manera activa y dinámica, de forma que filtra e interpreta aquello que experimenta, y siente y actúa en función de estas creencias y significados, lo cual transforma también su entorno. Estas interacciones continuas en el pasado y en el presente, influidas además por otras circunstancias como la propia personalidad del individuo, las condiciones socioeconómicas de su contexto y la calidad de su red de apoyo social, son la explicación a las diferentes encontradas entre las circunstancias pasadas vividas –positivas y negativas- y el bienestar psicológico presente, entendido como capacidad de continua mejora en el individuo.

Recordamos de nuevo que este análisis no ha querido ser una reflexión profunda de toda la información aportada por el grupo de internos participantes, sino una exploración sobre posibles conexiones y relaciones entre los principales significados aportados por los internos, que ayuden en futuros abordajes de las circunstancias que aquí hemos puesto en relación.

## 9. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

---

En líneas generales, el objetivo principal de este trabajo ha sido explorar el funcionamiento psicológico positivo de la población reclusa, a través del constructo de bienestar psicológico propuesto por Ryff en su Modelo Multidimensional (1989, 1995), y a partir de ello comprobar el impacto del encarcelamiento en el interno, y la adaptación de éste, como sujeto activo, a la vida en prisión. Con este fin, se ha analizado el papel que juegan determinadas variables antecedentes, referidas al proceso de estrés en prisión—estresores y recursos—, sobre el bienestar psicológico del recluso. Se han revisado también las consecuencias de esta relación sobre el estado de salud mental de los reclusos y sobre sus conductas de riesgo. Por último, se ha complementado este análisis con información cualitativa en relación con la percepción subjetiva que el colectivo de reclusos tiene de su bienestar psicológico y también referida al tipo de eventos más frecuentes en las historias de vida de las personas privadas de libertad.

El interés desde la psicología positiva por estudiar el medio penitenciario y los procesos psicológicos que se producen en prisión es todavía muy escaso. Sí que se ha producido en las últimas décadas un importante auge en la literatura científica desde esta perspectiva positiva (p.e. Csikszentmihalyi ,1999; Deci & Ryan, 2000; Keyes & Waterman, 2003; Myers, 2000; Peterson, 2000; Seligman, 2002). Son también numerosos los trabajos interesados por estudiar el bienestar desde una perspectiva hedónica o eudaimónica (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Díaz y Sánchez, 2002; Ryff, 1989, Ryff y Keyes, 1995, Ryan y Deci, 2001). Sin embargo, en la literatura revisada únicamente hemos encontrado un estudio que, desde el marco de la psicología positiva, se centra en medio penitenciario. En este



trabajo se analizan los resultados de los cambios realizados en una prisión de Singapur con objeto de mejorar el bienestar subjetivo de los reclusos (Leong 2010, Helliwell 2011).

Sí que han sido más prolíferas las investigaciones que estudian los efectos de la cárcel sobre los internos (p.e. Johnson R. y Toch H, 1982; Lindquist CH. y Lindquist CA. 1997; Kirchner y Mohino 2003); o se interesan por el proceso de adaptación de los reclusos a la prisión (p.e. Arroyo y Ortega, 2009; Becerra y cols. 2008; Zamble y Porporino, 1988; MacKenzie y Goodstein 1985;). En este sentido, sí que hay algunos estudios que evalúan el bienestar psicológico en prisión, medido éste a partir de los niveles de ansiedad, depresión y, en algunos casos, de autoestima de los internos (Brown y Ireland, 2006; Cooper y Berwick, 2001; Gullone y cols. 2000; Wormith, 1984; Sapsford, 1983; Bukstel y Kilmann, 1980; Heskin y cols. 1976). Sin embargo, ninguno de los estudios mencionados ha considerado el bienestar psicológico como una categoría diferente al desgaste o malestar psicológico, a pesar de que la evidencia empírica revela que estaríamos hablando de dos dimensiones relacionadas pero distintas de la salud psicológica (Karademas, 2007; Massé y cols, 1998a; Veit y Ware, 1983).

Teniendo esto en cuenta, los resultados encontrados en la presente investigación, que comentaremos a continuación, pretenden ser una primera aproximación, desde el marco de la psicología positiva, al estudio del bienestar psicológico de los reclusos, y servir como punto de partida para profundizar en esta línea de trabajo.

La discusión de los resultados de esta investigación se ha realizado siguiendo el siguiente orden: Instrumentos de evaluación desarrollados para el presente estudio; análisis descriptivo del bienestar psicológico y su relación con variables sociodemográficas y trastornos de personalidad; papel predictivo de variables antecedentes en el bienestar psicológico; papel predictivo del bienestar psicológico y de las variables relacionadas con los procesos de estrés sobre el estado de salud mental del interno y sus conductas de riesgo; aportaciones desde el análisis cualitativo sobre el bienestar psicológico de los reclusos; referencias a los eventos vitales en el pasado a partir de las historias de vida; y ajuste del modelo teórico propuesto.

#### **a) Instrumentos de evaluación desarrollados para este estudio.**

Dado el elevado número de escalas utilizadas en el presente trabajo y teniendo en cuenta que la muestra de participantes no llega a ser muy amplia y sí muy específica, por tratarse de población reclusa, hemos preferido mantener las estructuras factoriales de todas las escalas utilizadas salvo aquellas dos que se han adaptado al medio penitenciario. Estas últimas han sido: el Cuestionario de Molestias en Prisión, creado a partir de un estudio piloto con internos, que evalúa el nivel de malestar producido por una serie de molestias diarias, y consta de 12 ítems; y la adaptación de la Escala de Acontecimientos Estresantes de Holmes y Rahe, con la selección de 23 ítems de la escala original viables de suceder durante el tiempo en prisión y añadiendo 11 ítems relacionados con eventos estresantes que pueden producirse dentro de la cárcel.

En general, el proceso a través del cual se han desarrollado estas dos escalas (revisión de la literatura, observación sistemática en el medio penitenciario, estudio piloto previo, con dinámicas grupales y entrevistas individuales a internos, y elaboración de ítems) permiten asegurar una adecuada validez de contenido (Haynes, Richard y Kabzan, 1995).

En el caso del Cuestionario de Molestias en Prisión, la consistencia interna ha sido buena, al superar el ,80 alpha de Cronbach ( $\text{Alpha} = ,811$ ). Su estructura factorial, formada por tres factores, ha resultado coherente desde un punto de vista teórico y de validez aparente.

La Escala adaptada de Acontecimientos Estresantes de Holmes y Rahe, también ha tenido una consistencia interna alta ( $\text{Alpha} = ,810$ ). El análisis factorial realizado ha permitido obtener cinco factores con una adecuada coherencia teórica y también de validez aparente, y ha llevado a la eliminación de tres ítems para ganar en consistencia interna.

Atendiendo, por tanto, a los criterios habituales utilizados para evaluar un cuestionario, los resultados de este trabajo sugieren que las dos escalas de evaluación revisadas (Cuestionario de Molestias en Prisión y Escala de Acontecimientos Estresantes adaptada) presentan, en conjunto, buenas cualidades psicométricas.

No obstante, sería interesante aplicar estos cuestionarios en nuevas muestras de internos que permitieran confirmar las estructuras factoriales aquí propuestas, realizar los ajustes oportunos para que ambos cuestionarios mejoraran sus propiedades psicométricas (ajuste en el número de ítems, comprobación de validez convergente y divergente, etc.) y obtener los

oportunos baremos para esta población, incluyendo a ser posible diferencias por género y edad.

### **b) El bienestar psicológico de los reclusos**

El concepto de bienestar psicológico que utilizamos en este trabajo parte del Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico de Carol Ryff, quien, desde una perspectiva eudaimónica, define éste como el funcionamiento psicológico saludable de una persona y los continuos esfuerzos que éste realiza para la mejora y aprendizaje continuos. En este sentido, y de acuerdo al modelo de referencia, el bienestar psicológico lo componen seis dimensiones (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, propósito en la vida, dominio del entorno y crecimiento personal).

Los resultados del análisis descriptivo de este constructo, informan de un índice de bienestar psicológico en nuestra muestra de 4,19 (SD = ,79) -escala de 1 a 6-, puntuación que refleja, por tanto, un adecuado nivel de funcionamiento psicológico entre los participantes.

Por dimensiones, la puntuación más baja ha sido para la de *relaciones positivas* (M = 3,92; S.D = 1,03). Este dato confirma las dificultades en este colectivo para entablar y mantener relaciones estables, cercanas y duraderas con los otros, especialmente durante su estancia en prisión. El análisis cualitativo realizado en relación con esta dimensión ayuda a entender estos datos, al informar sobre el modo en que el apoyo familiar durante la estancia en prisión es para muchos reclusos una fuente importante de estrés. También se entiende, a partir del análisis cualitativo, cómo las relaciones dentro de prisión se caracterizan por la desconfianza, el recelo y la búsqueda del máximo beneficio individual. Cabe añadir que esta información también ayuda a entender la alta puntuación obtenida por esta muestra de reclusos en la subescala de ideación paranoide a través del BSI de Derogatis (M = 1,18; SD = ,89).

Por otro lado, la puntuación media más alta corresponde a la dimensión de *crecimiento personal* (M = 4,52; SD = ,96). Este dato resulta llamativo al entender que es difícil, estando en prisión, que una persona mantenga una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades, y especialmente si tenemos en cuenta el perfil generalizado que caracteriza el colectivo de reclusos. En este sentido, los datos cualitativos nos hablan de un grupo importante de internos que refleja estar pasando por un momento de introspección.

Estos internos reconocen la necesidad de cambiar su estilo de vida y se percibe en ellos una motivación hacia dicho cambio en positivo. Otro número importante de internos también informan acerca de aquellos aspectos de sí mismos que han mejorado con su estancia en prisión. La puntuación alta en crecimiento personal podría, por tanto, adquirir en esta muestra un sentido muy específico, referido a la motivación al cambio bien en el estilo de vida o bien en algunas de sus fortalezas. No obstante son estos planteamientos susceptibles de verse contrastados en futuras investigaciones.

Por su parte, si tomamos como referencia los resultados del trabajo de Díaz y cols. (2006) para población general (n = 467 -258 hombres y 209 mujeres-; edad media: 33 años), en el que se emplea la misma versión de la Escala de Bienestar Psicológico que se ha utilizado aquí, podemos establecer algunas comparaciones interesantes entre dicha población y la población reclusa. Por ejemplo, el índice de bienestar psicológico de la población reclusa (Media: 4,19) está por debajo del de la población general (Media: 4,41). Por dimensiones, los resultados han sido muy similares entre ambos grupos en las dimensiones de autonomía (P.reclusa M = 4,16; P.gnral M = 4,24), dominio del entorno (P.reclusa M = 4,27; P.gnral M = 4,31) y crecimiento personal (P.reclusa M = 4,52; P.gnral M = 4,57). Pero sí se aprecian diferencias más acentuadas en las dimensiones de auto-aceptación (P.reclusa M = 4,02; P.gnral M = 4,31), relaciones positivas (P.reclusa M= 3,92; P.gnral M = 4,58) y propósito de vida (P.reclusa M = 4,26 ; P.gnral M = 4,47), con peores niveles en la población reclusa que en la población general. Aunque sería necesario realizar los oportunos análisis estadísticos para comprobar si estas diferencias son realmente significativa, estos datos reflejan que los reclusos, en comparación con las personas en libertad, tienen una peor aceptación de sí mismos así como mayores dificultades para entablar relaciones cercanas, sus objetivos a futuro están menos elaborados, ya que tienden a vivir el presente; y, en general, se aprecia un peor funcionamiento psicológico.

Atendiendo a estos resultados parece interesante abrir futuras investigaciones en este sentido para corroborar si la privación de libertad influye de forma significativa en los niveles de bienestar psicológico de los sujetos.



### **Bienestar psicológico y variables sociodemográficas**

Si consideramos ahora las diferencias obtenidas en el nivel de bienestar psicológico de acuerdo a las variables sociodemográficas objeto de este trabajo –edad, cultura, nivel de ingresos económicos previo, y consumo de drogas antes de entrar en prisión- los resultados también han resultado interesante. Para ello se ha realizado un MANOVA, utilizando como criterio de las diferencias significativas la Lambda de Wilks junto con la raíz mayor de Roy, y la prueba de Scheffé, para identificar los niveles que difieren entre sí.

Los resultados muestran que las diferencias en los niveles de bienestar psicológico y sus dimensiones han estado influidas por el nivel de ingresos económicos y el consumo de drogas antes de la entrada en prisión. Son los internos sin ningún ingreso económico y los consumidores habituales de sustancias psicoactivas los que muestran tener los niveles más bajos de bienestar psicológico, y también peor puntuación en las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas, y crecimiento personal. Las diferencias en función de la edad o del origen cultural de la muestra no son significativas, o lo que es lo mismo, ni la edad ni la cultura influyen en el bienestar psicológico de los reclusos en este trabajo.

La ausencia de relación con la variable **edad** contradice los resultados de otros estudios en población general (Clarke y cols. 2000; Ryff, 1989, 1991; Ryff y Keyes, 1995) que han coincidido en considerar las siguientes tendencias: el dominio del entorno incrementa con la edad; el propósito en la vida y crecimiento personal tienden a disminuir con ésta; y la autoaceptación no muestra variaciones significativas. Sin embargo, las conclusiones de Springer y Hauser (2011) a partir de una investigación longitudinal para evaluar el bienestar psicológico, coinciden con las encontradas en este trabajo, ya que no aparecieron diferencias significativas debidas, en exclusiva, a la maduración natural del individuo.

Respecto de la variable **cultura**, debemos señalar que ésta, operativizada como nacionalidad o país de origen y dividida en seis grupos, ha estado formada por un grupo mayoritario de internos de origen español (76,3%), frente a un 23,7% de extranjeros. En ese 23,7% se constata la baja representación de los grupos de culturas árabe o de países del este, y la ausencia de internos de otros países europeos o asiáticos. Ésto ha podido influir en los resultados del MANOVA, que sin embargo sí que mostró que los reclusos de países del Este tienen un mejor nivel en la dimensión de relaciones positivas respecto de los internos de

origen español, invitando así a contrastar de nuevo la influencia de esta variable sobre el bienestar psicológico de los reclusos, con muestras más representativas.

El nivel de **ingresos económicos** de los internos de esta muestra sí que ha mostrado ser un factor determinante sobre el bienestar psicológico. Se observa como el grupo de internos que no percibía ningún ingreso económico antes de entrar en prisión (26,3% de los participantes) tiene un peor funcionamiento psicológico general, y peores niveles de autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno y crecimiento personal, en comparación con los internos en una situación socioeconómica media-alta (47,5% de la muestra). Estos resultados van en la línea de otros trabajos que ponen de relieve la importancia de los ingresos económicos en relación con el nivel de bienestar subjetivo (*Grossi y cols., 2006; 2011*). Los motivos que subyacen a esta relación pueden basarse, entre otros, en el hecho de que bajos ingresos económicos se relacionan con el estrés, dado que personas en una situación socioeconómico desfavorable suelen encontrarse con mayores estresores en su ambiente físico y social que aquellos en mejor situación económica (p.e. Adler y Snibbe, 2003); y además el poder adquisitivo se asocia con capacidades relevantes – autoaceptación- para que la persona pueda adoptar y mantener un adecuado estilo de vida. Los ingresos, junto con la educación y la actividad laboral han mostrado ser determinantes clave de la habilidad y oportunidades que tiene un sujeto para controlar la vida diaria - dominio del entorno- y dirigir su futuro de forma positiva – propósito en la vida y crecimiento personal- (Ross y Mirowsky, 2003).

Por otro lado, en relación con el **consumo de drogas**, aquellos internos que refieren un consumo habitual de sustancias psicoactivas (46,3% de la muestra) tienen un nivel de bienestar psicológico significativamente más bajo que el resto de internos, y también peores niveles en las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas, propósito en la vida y crecimiento personal. El consumo esporádico de este tipo de sustancias no parece afectar de manera significativa al bienestar psicológico del interno. Estos datos muestran cómo el consumo de drogas no sólo puede derivar en la aparición de psicopatologías graves (Swartz y Lurigio, 1999, 2000, 2006) sino que afecta y deteriora también, y posiblemente antes, las capacidades y recursos del individuo que le ayudan a un adecuado funcionamiento psicológico.

Referir además, que los datos descriptivos sobre los patrones de consumo de esta muestra - 23,1% no consumidores; 30,6% con consumo esporádico y 46,3 % consumidores habituales- van en la línea de otros estudios (Teplin, 1994; Peters y cols., 1998; Belenko y Peugh, 2005; Hernández y Herrera 2003) que también confirman la alta prevalencia de reclusos con problema de drogadicción y/o alcoholismo.

### **Bienestar psicológico y trastornos de personalidad**

Los trastornos de personalidad estudiados en este trabajo han sido el trastorno límite y el trastorno antisocial, por su alta frecuencia en población penitenciaria (p.e. Herrera, 2000; Fazel y Danesh 2002; Lewis, 2006; Arroyo y Ortega, 2007; Drapalski y cols. 2009; Lafortune, 2010). Su valoración se ha realizado a partir del Inventario IPDE, según el cual el 12% de los internos de esta muestra cumplen los criterios para un trastorno límite, porcentaje que asciende al 26,3% para el trastorno antisocial.

Para determinar la influencia de estos trastornos sobre el bienestar psicológico se ha utilizando la prueba T de Student que permite comparar los niveles del bienestar psicológico y sus dimensiones, entre los internos con trastorno límite o antisocial y aquellos que no los tienen. Los resultados muestran cómo los internos con un posible trastorno límite presentan peor nivel de bienestar psicológico, y de las dimensiones de relaciones positivas y autonomía; y aquellos con trastorno antisocial tienen niveles más bajos también en su índice de bienestar psicológico general y en la dimensión de relaciones positivas, y además, en las dimensiones de autoaceptación y dominio del entorno.

Si atendemos a los criterios del DSM-IV para estos trastornos, podemos comprobar cómo, entre otros rasgos, el trastorno límite de personalidad se caracteriza por la inestabilidad afectiva, las relaciones interpersonales inestables y caóticas, las dificultades para regular la propia conducta y los esfuerzos continuados por evitar el abandono real o imaginado, lo que ayuda a comprender las bajas puntuaciones obtenidas en las dimensiones relaciones positivas y autoaceptación, además del peor nivel de bienestar psicológico general.

El trastorno antisocial de personalidad, por su parte, siguiendo el DSM-IV, se caracteriza principalmente por el fracaso del individuo para adaptarse a las normas sociales, acompañado de deshonestidad, impulsividad, incapacidad para planificar el futuro; irritabilidad y agresividad, y falta de remordimientos. Estos rasgos dificultan claramente el

funcionamiento psicológico saludable de la persona en el contexto social y cultural al que pertenece, además de afectar también al mantenimiento de relaciones cercanas y positivas con los demás, por la tendencia a manipular estas relaciones y a mentir; y también complican su adecuada adaptación a un entorno frente al que es incapaza de actuar respetando las normas establecidas; y, por último, la aceptación de sí mismos se caracteriza por el desconocimiento de sus propias limitaciones.

### c) Bienestar psicológico y variables antecedentes

#### Estresores

- Variables penales y penitenciarias

Un primer conjunto de estresores lo forman diferentes **variables de tipo penal y penitenciario**. En concreto se ha estudiado la influencia sobre el nivel de bienestar de las siguientes variables: la experiencia previa en prisión, la tipología delictiva, la duración de la condena y el tiempo que lleva el interno en prisión.

Para su estudio se ha realizado un análisis multivariado de varianza y la prueba T de Student, que permiten comparar las puntuaciones medias del bienestar psicológico y sus dimensiones según los niveles de cada variable independiente. A partir de estos análisis se ha podido comprobar cómo las únicas variables que afectan al nivel de bienestar psicológico y sus dimensiones son la *experiencia previa en prisión* -referida a si el interno ha estado antes en la cárcel o no- y el *tiempo que lleva la persona recluida*, variable dividida en cuatro niveles o periodos temporales. Ni la duración de la condena ni el tipo de delito por el que está la persona en prisión influyen de forma significativa sobre el nivel de bienestar psicológico de la población reclusa.

Respecto de la *experiencia previa en prisión*, más de la mitad de los internos (56,9%) informan haber estado antes en un centro penitenciario, frente a un 43,1% de internos que han entrado en prisión por primera vez. Los resultados apuntan que aquellos reclusos que han estado antes en la cárcel tienen una peor apreciación de sí mismos (*autoaceptación*),



mayores dificultades para mantener vínculos psicosociales y confiar en las amistades (*relaciones positivas*); una peor capacidad de autorregulación y resistencia a la presión social (*autonomía*); objetivos a futuro menos elaborados (*propósito en la vida*) y un nivel general de *bienestar psicológico* más bajo, que aquellos que ingresan en prisión por primera vez. Los resultados muestran cómo la reincidencia es reflejo de un estilo de vida y de unas conductas que ha acabado mermando las capacidades y funcionamiento psicológico saludable del individuo. En este sentido, vemos cómo la variable dominio del entorno no se ve afectada por la experiencia previa en prisión, ya que los internos reincidentes sí que tienen capacidad para adaptarse y manejarse en prisión porque ya conocen el medio y proceden en ocasiones de entornos marginales con el mismo tipo de interacciones sociales que las que caracterizan la vida en prisión.

En el caso del *tiempo continuado en prisión*, los resultados reflejan cómo la estancia en prisión afecta a los internos a partir de los 9 años de reclusión, especialmente en las dimensiones de autoaceptación y propósito en la vida.

El nivel de autoaceptación resulta lógico que se vea afectado, tras más de nueve años de reclusión, por el régimen cerrado en que vive el sujeto. En este medio las posibilidades de mantenerse mentalmente activo, reforzar su nivel de autoestima, sentirse útil y valorado son muy escasas. En relación con la dimensión de propósito en la vida, el análisis cualitativo de esta dimensión ayuda a entender estos resultados. Muchas de las respuestas de los internos evidencian que una de las características que les define es el presentismo, definido por autores como Bermúdez-Fernández (2006) como presentismo galopante, y referido al deseo y necesidad de vivir el presente más inmediato, que es su tiempo en prisión, y evitar pensar en el futuro. Esto les aleja más todavía del contexto exterior al que pertenecían y con el que no mantienen apenas vínculos en el momento actual. Cuando el interno lleva más de 9 años en prisión el vínculo con el exterior es mínimo, y su adaptación a la rutina diaria y al entorno penitenciario dificultan tanto su deseo como su capacidad para proponerse metas futuras claras. No obstante, consideramos que el presentismo puede ser un mecanismo de adaptación saludable para el grupo de internos que llevan más de nueve años en prisión, y que se enfrenta, en muchos de estos casos, a condenas muy largas.

Estos resultados van en la línea de algunos trabajos que han estudiado el tiempo en reclusión y su impacto sobre los reclusos. Así, MacKenzie y Goodstein (1985) confirman que el nivel de autestima se ve reducido por el tiempo continuado en prisión; y Sapsford (1978, 1983) observó una asociación negativa entre el tiempo que una persona llevaba encarcelada y sus perspectivas de futuro.

- **Otros estresores**

Un segundo conjunto de estresores lo forman las variables referidas a los acontecimientos vitales, las molestias diarias en prisión y el nivel de estrés percibido por el interno. Solamente la tercera de estas variables ha mostrado tener relación con el funcionamiento psicológico positivo de los reclusos.

Los *acontecimientos vitales* se han evaluado a través de la Escala adaptada de Acontecimientos Vitales de Holmes y Rahe, y se han contabilizado como número de eventos estresantes experimentado por el interno en el último año. A pesar de que el número medio de eventos experimentados ha sido alto ( $M = 7,76$ ;  $SD = 4,70$ ), los análisis de correlaciones reflejan una escasa relación entre esta variable y el nivel de bienestar psicológico del recluso. Los análisis de regresión jerárquica confirman la ausencia de relación. Este resultado es contrario a la hipótesis inicial planteada, ya que se esperaba que los acontecimientos vitales experimentados por una persona encarcelada tuvieran un mayor impacto sobre su bienestar psicológico, derivado precisamente de su falta de libertad.

El análisis cualitativo nos ha facilitado una posible interpretación de este resultado. Se pone de relieve en estos análisis cómo los internos se adaptan a la prisión de forma que la convierten en su realidad inmediata. Se desvinculan de su entorno exterior, o se ven obligados a hacerlo dado el esfuerzo y estrés que supone para ellos mantener dicho vínculo (Schmid y Jones, 1993). Esto hace que aquello que sucede fuera, sean eventos positivos o estresores agudos más negativos, los vivan como algo lejano y ajeno a ellos. En vez de afectarles más, por el hecho de estar reclusos y no poder actuar frente a dichos estresores, este tipo de acontecimientos no influye sobre su bienestar psicológico, porque el interno ya no se siente parate, o al menos, parte activa, de su contexto de referencia en el exterior.

La variable *molestias diarias en prisión*, evaluada a partir del Cuestionario de Molestias en Prisión, tampoco influye sobre el nivel de bienestar psicológico de los internos, a la luz de

los datos obtenidos. El análisis descriptivo de esta variable muestra que el mayor malestar por molestias diarias en prisión deriva de la convivencia -Factor 1- ( $M = 2,61$ ;  $SD = 1,09$ ), aunque sin llegar a ser un estresor agudo, ya que en la escala anterior de acontecimientos estresantes el factor 4, referido a problemas por convivencia obtenía puntuaciones medias muy bajas ( $M = ,29$ ;  $SD = ,62$ ). Estos resultados confirman los hallazgos de otras investigaciones realizadas con población general (Bolger y cosl, 89; Lapone y cols. 1991; Stone, 1987), donde, tal y como afirman Maybery y Graham (2001) las molestias interpersonales adquieren una gran importancia a la hora de explicar el nivel de estrés percibido por los sujetos.

En el caso de las molestias en prisión, los análisis de correlaciones sí que han mostrado algunas asociaciones significativas e inversas, aunque bajas, entre estas molestias y el bienestar psicológico de los reclusos. Por ejemplo, con las dimensiones de autoaceptación ( $r = -,185$ ,  $p < 0,05$ ) y de relaciones positivas ( $r = -,211$ ,  $p < 0,01$ ), relaciones que no se han confirmado en las ecuaciones de regresión. Sería interesante, por tanto, realizar futuras investigaciones para comprobar si existe asociación entre estas variables, y el sentido de las mismas.

No obstante, lo que nos indican la ausencia de influencia significativa de las molestias sobre el bienestar psicológico es que este constructo es poco permeable a este tipo de estresores diarios, en contra de los que sucede con el desgaste psicológico que, como hemos visto en este trabajo, se ve afectado de forma significativa por esta variable, lo cual también se ha corroborado en investigaciones fuera del ámbito de prisiones (p.e. Almeida, 2005; DeLongis y cosl, 82; 88; Lazarus, 1999).

El *nivel de estrés percibido* refleja la valoración subjetiva que el interno hace de las circunstancias estresantes que le afectan. El proceso de estrés implica una transacción entre el individuo y su ambiente (Gibbs, 1991) por lo que aunque el medio penitenciario suele estar relacionado con diversos tipos de estresores, estos no son percibidos de igual manera por los reclusos. Es por esto que se ha querido hacer esta importante distinción a la hora de evaluar el nivel de estrés de la muestra, lo cual se ha hecho con la Escala de Estrés Percibido de Cohen, en su versión corta de diez ítems.

La puntuación media obtenida para esta variable ( $M = 1,59$ ;  $SD = ,71$ ), utilizada en nuestros análisis como media ponderada, la hemos transformado con el fin de poder realizar comparaciones con otros trabajos en los que ha utilizado esta misma escala. Se obtiene así una puntuación media de estrés percibido en esta muestra de 15,9 ( $SD = 7,05$ ). Esta puntuación ha sido superior a la obtenida por Cohen y Williamson (1988) en una muestra de población general formada por 926 varones; pero inferior a la encontrada por Pedrero y Olivar (2010) al estudiar el nivel de estrés percibido de un grupo de 133 personas que estaban recibiendo tratamiento de deshabituación a drogas ( $M = 20,1$ ;  $SD = 8,4$ ).

Los resultados a partir de los análisis de regresión múltiple han mostrado como esta variable ayuda a predecir el nivel general de bienestar psicológico de los internos y de algunas de sus dimensiones. De forma directa, el nivel de estrés percibido influye negativamente sobre las dimensiones de relaciones positivas, propósito en la vida, y crecimiento personal. Por tanto, un alto estrés percibido puede disminuir la capacidad para confiar en otros y mantener relaciones estables; puede dificultar la elaboración de objetivos a futuro; y puede reducir el deseo de un continuo aprendizaje y crecimiento personal, que en el caso de los reclusos relacionamos con su motivación al cambio. De forma indirecta, el estrés percibido también afecta negativamente a los niveles de bienestar psicológico, y a todas sus dimensiones -salvo las relaciones positivas-, aunque lo hace en interacción con algunos de los recursos externos o personales que se han influido en este trabajo y que comentaremos a continuación.

No obstante, el papel predictor del nivel de estrés percibido sobre el bienestar psicológico no ha resultado ser tan importante como pudiera esperarse en un principio. Aunque el estrés percibido influye muy negativamente, como comentaremos más adelante, sobre el desgaste psicológico; no lo hace en la misma medida sobre el constructo de bienestar psicológico. Esto lleva a afirmar que estaríamos hablando de dos constructos distintos, y no de dos polos del mismo continuo. De este modo, el funcionamiento psicológico positivo parece ser más estable y menos permeable al estrés percibido, mientras que el desgaste o malestar psicológico -evaluado a través del Inventario Breve de Síntomas de Derogatis- sí que lo sería. Estos resultados van en la línea de otras investigaciones que han confirmado el importante papel del estrés frente al deterioro de la salud física y mental (Coeh, Kessler y Gorndon, 1995; Dougall y Baum, 2001).

## Recursos

El *apoyo social* con que cuenta el interno, de acuerdo con la literatura científica, es un importante factor protector para la población reclusa durante su encarcelamiento (Gibbs, 1982<sup>a</sup>; 1982b; Cincotta y Solomon, 2005). En nuestro trabajo hemos distinguido entre el *apoyo social objetivo*, o número de personas que forman la red social cercada del interno; y el *apoyo social subjetivo*, referido a la percepción que el interno tiene de la calidad de sus relaciones más cercanas.

Las puntuaciones medias en relación con el apoyo social objetivo ( $M = 13,09$ ;  $SD = 3,34$ ) y subjetivo ( $M = 32,56$ ;  $SD = 6,04$ ) de esta muestra de internos no parecen diferir mucho de las encontradas en población no reclusa. Por ejemplo, Páez y cols, (1993) refieren medias muy similares en una muestra de jóvenes ( $n = 183$ ) tanto en apoyo social objetivo ( $M = 13,8$ ;  $sd = 2,73$ ) como en apoyo social subjetivo ( $n = 4,58$ ).

Por otro lado, los análisis de regresión múltiple realizados confirman la relación causal entre el apoyo social y el nivel de bienestar psicológico de los internos; y muestran, además, una importante distinción, ya que es únicamente el apoyo social subjetivo el que se relaciona de forma significativa con el nivel de bienestar psicológico y todas sus dimensiones, mostrando ser un predictor estable, positivo y muy importante de estas variables criterio.

Estos resultados apoyan los de otras investigaciones que han estudiado el apoyo social subjetivo. Tal y como muestran, la percepción del interno sobre las relaciones de ayuda que tiene dentro de su red social son especialmente beneficiosas, porque constituyen un recursos que modera el proceso de evaluación del estrés y que amortigua el deterioro emocional y las consecuencias fisiológicas derivados de los eventos estresantes (Cohen y Wills, 1985; Uchino, 2006). En este sentido, Vitaliano y cols, (2001) observaron cómo el apoyo social subjetivo jugaba un importante papel protector de la salud en aquellas personas con bajos recursos económicos.

Desde el análisis cualitativo realizado podemos complementar también estos datos. Observamos así, una alta frecuencia en el número de referencias que hacen los internos sobre la familia a la que definen cómo lo más importante en sus vidas en muchos casos. La información proporcionada en este sentido permite confirmar que el apoyo familiar juega un papel protector fundamental frente al impacto del encarcelamiento, en línea con lo

encontrado en estudios revisados. Sin embargo, vemos que es a veces una fuente de estrés para el recluso, por la lejanía de sus familiares, por no poder ayudarles y por la sensación de soledad que tienen en prisión, lo que confirma las conclusiones de algunas investigaciones en esta línea (Herrera y Expósito, 2010; McMurrán y Chrtipher, 2009)

- **Recursos personales**

Entre los *recursos personales* incluidos en esta investigación hemos distinguido tres grupos de variables: los recursos psicológicos, referidos a capacidades y fortalezas positivas; las estrategias de afrontamiento, como estilos para enfrentarse a situaciones problemáticas; y las creencias sobre el mundo, los otros y sobre uno mismo.

En líneas generales, los resultados a partir de los análisis de regresión jerárquica realizados han mostrado que la influencia de recursos personales sobre el bienestar psicológico y sus dimensiones, ha sido escasa en este estudio. En concreto, respecto del nivel de bienestar psicológico general, únicamente la solución de problemas ha resultado ser un predictor importante. Y para otras dimensiones hemos encontrado algunos predictores puntuales, principalmente relacionados con la capacidad del individuo para gestionar las demandas externas.

En relación con los *recursos psicológicos*, nuestro trabajo ha incluido el análisis como variables independientes, de los siguientes,: *optimismo, valor, vitalidad, autocontrol, inteligencia emocional, solución de problemas, inteligencia social y mentalidad abierta*. Diversos estudios científicos han demostrado la importancia de este tipo de recursos al permitir al individuo enfrentarse a las demandas derivadas de situaciones estresantes (Durán y cols., 2006), y producir mejoras en la salud física y mental (p.e. Taylor y cols, 2000). Autores como Hobfoll (1988, 1989) en su teoría de la conservación de recursos, ha sugerido que aquellas personas que tienen altos recursos psicológicos pueden construir cognitivamente sus experiencias positivas, influyendo así en su propio bienestar.

En los análisis descriptivos observamos que los reclusos obtiene unas puntuaciones medias altas en todos estos recursos -por encima de 2 en un rango de 0 a 3-, y con poca variabilidad, alrededor de ,50. La inteligencia emocional, tiene la puntuación más alta en esta muestra (M = 2,41; SD = ,49); y el autocontrol (M = 2,15; SD = ,53) las más baja.

En su relación con el bienestar psicológico, únicamente la *solución de problemas* ha sido un predictor significativo. Este recurso es entendido como la capacidad para poner en marcha una amplia serie de habilidades y conocimientos, que pueden variar según la situación o tipo de problema con el que nos enfrentamos. Y su influencia ha sido clara sobre el nivel de bienestar psicológico general, y también sobre las dimensiones de propósito en la vida, o habilidad para hacer planes de futuro-; y la de crecimiento personal, o deseo de cambio y mejora continua.

Como observación, señalar que los análisis de correlación sí que han reflejado importantes asociaciones entre todos los recursos psicológicos -a excepción de la inteligencia social-, y las mayoría de las dimensiones del bienestar psicológico, con valores entre moderados y altos (entre ,20 y ,40). Algunas posibles explicaciones a la ausencia de relación causal entre recursos psicológicos y bienestar, a pesar de las correlaciones halladas, pueden ser:

- que estaríamos hablando de lo mismo, es decir, que algunas de las características de los recursos psicológicos son también características que definen las dimensiones del bienestar psicológico;
- que la relación se produce al contrario, siendo el adecuado nivel de bienestar el que hace mejorar estos recursos psicológicos;
- o que la ausencia de relación causal se debe al elevado número de variables independientes consideradas en las ecuaciones de regresión, que han hecho que el peso y significación de los recursos sobre el bienestar psicológico se vea disminuido.

Es necesario, por tanto, realizar futuras investigaciones que permitan analizar más en profundidad el papel de los recursos psicológicos mencionados en su relación con el funcionamiento psicológico de las personas privadas de libertad.

En relación con *las estrategias de afrontamiento*, se entienden como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar las demandas internas y externas de una determinada situación estresante. Los resultados descriptivos muestran que la estrategia más frecuente ha sido la búsqueda de apoyo social ( $M = 1,84$ ;  $SD = ,62$ ) y la menos, la huida-avoidancia ( $M = 1,81$ ;  $SD = ,67$ ). Estos resultados contrastan con los encontrados por ejemplo por Zamble y Porporino (1990) que refieren que las estrategias más frecuentes entre los reclusos se caracterizan por la reacción emocional y la evitación; o por

Mikulic y Crespi (2004) que confirmaron el predominio de respuestas de afrontamiento evitativas en población penitenciaria.

En cuanto a la relación de las estrategias de afrontamiento con el bienestar psicológico, las ecuaciones de regresión jerárquica confirman una escasa relación. Únicamente dos estrategias de afrontamiento influyen en una sola dimensión del bienestar psicológico, el dominio del entorno. Son la aceptación de la responsabilidad y la reevaluación positiva, que se configuran como respuestas de afrontamiento capaces de mejorar la capacidad del interno para adaptarse adecuadamente a su entorno en prisión, y satisfacer en él sus deseos y necesidades.

Este resultado va en la línea de otros trabajos que, aunque no estudiaron el constructo de bienestar psicológico, tampoco encontraron asociación entre las estrategias de afrontamiento y la reducción del nivel de estrés del individuo dentro de prisión (Cooper y Livingston, 1991; Cooper y Berwick, 1997). No obstante, hay estudios que sí que han confirmado dicha relación, -aunque evalúan el bienestar psicológico en relación con la sintomatología ansioso-depresiva, y no desde una perspectiva positiva. Por ejemplo, Parsons y cols, (1996); o Gullome y cols. (2000) si que observaron que el estilo de afrontamiento era más importante para predecir el bienestar psicológico del colectivo de reclusos que otras variables relacionadas con el medio penitenciario –duración de la condena y tiempo continuado en prisión-. Es conveniente tener en cuenta la aportación de González y cols. (2002) en este sentido, ya que, sí que partieron del Modelo Multidimensional de Ryff para estudiar el bienestar psicológico en relación con las estrategias de afrontamiento de una muestra de adolescentes y personas mayores, y observaron que es el nivel de bienestar psicológico el que influye en el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por ambos grupos.

En relación con las variables referidas a las *creencias sobre el mundo*, hemos partido, para su estudio, de la teoría de Janoff-Bulman (1992) que propone que existe un conjunto de creencias esenciales y estables sobre el mundo, los demás y nosotros mismos, que ayudan a la persona a manejarse con ciertas expectativas, y que dan percepción de orden y control en nuestra vida. Hemos entendido que este tipo de creencias podían tener un impacto importante sobre el nivel de bienestar de los reclusos y también en relación con la



adaptación del interno a la prisión. Sin embargo, no hay literatura que relacione estos conceptos en el ámbito penitenciario.

Los descriptivos obtenidos informan que la puntuación media más alta corresponde al *autocontrol* ( $M = 4,24$ ;  $SD = 1,04$ ), entendido como el grado en que la persona se ve a sí misma como capaz de realizar conductas y esfuerzos para prevenir posibles acontecimientos negativos; y la puntuación más baja, al azar ( $M = 2,57$ ;  $SD = 1,13$ ). Y de acuerdo a los análisis de regresión realizados, la única variable de este grupo que ha mostrado ser un predictor estable ha sido la subescala de *benevolencia del mundo*, según la cual la persona establece que el mundo es un lugar justo donde las desgracias son poco comunes. Esta dimensión predice y facilita mejores niveles en la dimensión propósito en la vida, referida a los planes y expectativas futuros, aunque sin embargo, no es predictor del dominio del entorno o de la autonomía, dimensiones que consideramos podrían estar muy relacionadas con las creencias estudiadas, de acuerdo con la teoría propuesta por Janoff-Bulman.

- **Interacción entre estresores y recursos**

Uno de los planteamientos defendido a través del modelo teórico propuesto (pág. 125) en esta tesis se basa en considerar al recluso como un sujeto activo, dotado de recursos personales, los cuales pone en marcha en su relación con el clima social dentro de prisión, con el fin de hacer frente a las demandas derivadas de situaciones estresantes. Estos recursos hemos considerado que le ayudan a minimizar el impacto del estrés sobre su bienestar psicológico. Con objeto de comprobar este planteamiento, se ha incluido en un cuarto paso de las ecuaciones de regresión jerárquica realizadas, las interacciones entre el nivel de estrés percibido y cada uno de los recursos personales objeto de estudio en este trabajo. Los resultados han ido en la línea de lo esperado, si bien el elevado número de variables exploradas puede haber debilitado el peso de algunos predictores, sí que han aparecido varias interacciones significativas, que permiten confirmar el papel que algunos recursos personales tienen en su interacción con el nivel de estrés sobre el bienestar psicológico.

En este sentido hemos podido observar como la creencia relacionada con la benevolencia de las personas interacciona con el nivel de estrés, de manera que ante situaciones de alto estrés percibido, una puntuación alta en esta variable reduce el impacto del estrés sobre los niveles de bienestar psicológico y de dominio del entorno.

Del mismo modo, la dimensión de autoaceptación en los reclusos se ve influida por el estrés percibido en interacción con cuatro recursos: el apoyo social subjetivo, las estrategias de aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva y la creencia de autocontrol. Todos estos recursos consiguen, en interacción con el estrés percibido y cuando los niveles de ambas variables son altos, reducir el impacto del estrés sobre el nivel de autoaceptación de la persona que se encuentra en reclusión.

Por último, la mentalidad abierta también muestra relacionarse con el crecimiento personal, en su interacción con el nivel de estrés percibido, de manera que ante situaciones de alto estrés una puntuación alta en la variable de mentalidad abierta consigue que el estrés afecte menos al nivel de crecimiento personal.

#### **d) Bienestar psicológico y consecuencias.**

##### **Estado de salud mental**

La salud mental de los reclusos participantes en este trabajo ha sido evaluada a través del Inventario Breve de Síntomas de Derogatis. Esta escala permite obtener un Índice de Severidad Global, que refleja el desgaste psicológico general del individuo; y también puntuaciones en ocho subescalas relacionadas con varios trastornos mentales (*somatización; obsesión-compulsión; sensibilidad interpersonal; ansiedad; ansiedad fóbica; hostilidad; ideación paranoide y psicoticismo*), no obstante estas puntuaciones no reflejan la existencia del trastorno sino la existencia de sintomatología psicopatológica relacionada con dichos trastornos.

Los análisis descriptivos realizados arrojan los siguientes resultados en relación con estas variables. En relación con el desgaste psicológico, el Índice de Severidad Global tiene una puntuación media de ,78 (SD = ,59) en un rango de 0 a 4. Esta puntuación es superior a la de todos los estudios revisados con población general. Por ejemplo, la media de este índice en una muestra de 743 adultos españoles es inferior, de ,58 -SD = ,44-. (Aragon y cols., 2000), y en una muestra de 1033 estudiantes españoles entre 18 y 30 años, de ,70 -SD = ,50- (Pereda y cols. 2007), siendo inferior la media en el Índice de Severidad Global obtenida por Derogatis y Spenser (1982) para una muestra de 719 adultos (Media = ,30; SD = ,31).

El agotamiento emocional de los internos podemos evaluarlo a partir de sus niveles de ansiedad y depresión, y sería una de las medidas que refleja el impacto de la situación de reclusión y el estrés experimentado por el individuo. Así el nivel de ansiedad en esta muestra ha sido de ,88 (SD = ,74), y el de depresión de ,91 (SD = ,79). Como vemos, ambos son superiores al índice de severidad global, haciendo evidente que el agotamiento emocional es superior al desgaste psicológico generalizado. Comparando estos resultados con población general, Pereda y cols. (2007) informan de puntuaciones medias ligeramente inferiores en ambas psicopatologías (Ansiedad: Media = ,80; SD = ,63) (Depresión: Media = ,83; SD = ,71) para una muestra de 1033 personas.

En lo que respecta al resto de sintomatologías, destaca la puntuación media tan alta en la muestra para la subescala de ideación paranoide (M = 1,18; SD = ,89), muy por encima de la media obtenida para población general (Id. Paranoide: Media = ,75; SD = ,70) por Pereda y cols. (2007). Una de las explicaciones manejadas en la literatura científica para dar cuenta de este resultado relaciona la alta puntuación en ideación paranoide con el clima social característico de la prisión. El análisis cualitativo, como ya hemos comentado, nos ha permitido observar cómo las relaciones interpersonales dentro de prisión se caracterizan por ser de tipo instrumental, y en las cuales la desconfianza, el recelo y el estado de alerta continuos priman sobre cualquier intención más altruista. Este tipo de características, que rozan, por tanto, los rasgos paranoides, resultan patológicas fuera de prisión, pero se consideran normalizadas dadas las características del medio carcelario. En él, tal y como confirman diferentes autores se producen algunos fenómenos muy particulares, como la prisionización (p.e. Pérez y Redondo, 1991; Gillespie, 2003), como la práctica del código del recluso (Caballero, 1981; Sykes y Messinger, 1960).

La subescala de somatización refleja también puntuaciones superiores en esta muestra de reclusos (M = ,55; SD = ,71) respecto de la población general (M = 38; SD = ,49) (Pereda y cols., 2007). Esta variable, al igual que las quejas de su salud percibida, son indicadores de la fatiga física de la persona como efecto del nivel de estrés que experimenta.

Las demás subescalas muestran puntuaciones muy similares entre esta muestra de población reclusa y la muestra de población general del estudio de Pereda y cols (2007) que hemos tomado como referencia.

En lo que se refiere a la relación entre el nivel de bienestar psicológico de los reclusos con su desgaste psicológico y con las sintomatologías referidas a algunos trastornos mentales, se han realizado diferentes ecuaciones de regresión jerárquica para estudiar la relación inversa entre ambas variables. Los resultados de algunas investigaciones (p.e. Taylor y cols. 2000; Fredrickson, 2003) llevan a considerar que el bienestar psicológico puede actuar como amortiguador o protector del desgaste psicológico y emocional del individuo frente a situaciones de estrés.

Los resultados encontrados muestran la existencia de relación significativa entre estos dos constructos, de forma que el nivel de bienestar psicológico influye favorablemente sobre el estado de salud mental de los reclusos.

De forma directa, la dimensión de relaciones positivas ha resultado ser un predictor negativo del desgaste psicológico del interno, y lo ha sido también, en este mismo sentido, de la ideación paranoide y del psicoticismo. Se ha demostrado así que aquellas personas con una peor capacidad para entablar y mantener relaciones cercanas y sinceras, así como para amar, tienen mayor riesgo de presentar un alto desgaste psicológico y sintomatología más elevada de tipo paranoide y psicótico. Y la dimensión de dominio del entorno también ha resultado ser un buen predictor directo de la subescala somatización, de manera que un mayor control sobre el medio ayuda a disminuir los niveles de somatización del recluso, relacionados con el agotamiento o fatiga física.

De manera indirecta, son otras dos dimensiones del bienestar psicológico las que han mostrado tener relación con el estado de salud mental de esta muestra, y han sido la autoaceptación y la autonomía. Estas dimensiones, cuando alcanzan un nivel alto, consiguen disminuir el impacto de un alto nivel de estrés sobre el desgaste psicológico de la muestra, y también sobre sus niveles de depresión y de ansiedad. Autores como Compton, Smith, Cornish y Qualls (1996) ya apuntaban resultados en esta misma dirección tanto para el autoconcepto positivo como la autonomía que en su estudio mostraron ser predictores significativos de salud mental.

Tanto los efectos directos como indirectos que se han encontrado se unen a las todavía escasas investigaciones en esta línea. Algunos autores como Fredrickson (2009) han podido corroborar el papel del bienestar psicológico como protector frente a los efectos adversos de

experiencias negativas. Y otros estudios confirman el importante efecto de recursos positivos, como el optimismo o la esperanza con el mantenimiento, mejora o recuperación de la salud física y mental de las personas (p.e. Seligman, 2003).

### **Conductas desadaptadas**

Las conductas de riesgo estudiadas en este trabajo como posibles consecuencias relacionadas con el estrés y la adaptación del interno a la prisión han sido de tres tipos: las relacionadas con las quejas que los internos hacen sobre su estado de salud física; las referidas a su conducta agresiva y el riesgo de suicidio.

En cuanto a las *quejas de salud subjetiva*, la puntuación media en la muestra ha sido alta ( $M = 12,90$ ;  $SD = 10,49$ ) -rango de 0 a 54-, lo que llama la atención sobre el pobre estado de salud subjetivo que manifiesta tener la población reclusa en esta muestra.

Al analizar el papel protector del bienestar psicológico sobre esta variable, los resultados muestran que no existe relación. Las ecuaciones de regresión apuntan a una posible influencia de las dimensiones de autoaceptación y relaciones positivas, y un papel predictor más claro de la autoaceptación en interacción con el nivel de estrés percibido. De haberse confirmado estas influencias podríamos considerar estas dimensiones como factores protectores frente a las quejas de los reclusos sobre su estado de salud, sin embargo, los resultados no han sido contundentes, salvo en el caso del efecto de la autoaceptación en interacción con el estrés percibido. Así aquellas personas con un concepto positivo de sí mismos son capaces de reducir el impacto que un alto nivel de estrés puede tener sobre el estado de salud subjetiva de los reclusos.

Por su parte, la *conducta agresiva* estudiada en este trabajo ha sido evaluada a través de la Escala reducida de Agresividad de Buss y Perry. Los resultados descriptivos para las cuatro dimensiones que componen esta variable, ofrecen una puntuación mayor en la dimensión de ira ( $M = 1,92$ ;  $SD = ,83$ ) y una menor puntuación en la agresividad física ( $M = 1,64$ ;  $SD = ,75$ ), resultados que van en la línea de lo esperado en una organización cerrada como es la prisión (Boxer y cols, 2009). En la cárcel, la normativa institucional controla las conductas de los internos, y sanciona aquellas no permitidas, y de forma más severa cuando se trata de agresiones físicas a otros internos o a funcionarios. El hacinamiento y la escasez de recursos, unido a la falta de habilidades sociales que suelen caracterizar a los internos a la hora de

resolver los conflictos, pueden derivar en una acumulación de ira y de hostilidad como contención a la agresividad física, con serias dificultades para gestionarlo.

Los análisis de regresión jerárquica realizados muestran ausencia de relación entre las dimensiones del bienestar psicológico y las tres variables relacionadas con la conducta agresiva -ira, hostilidad y nivel de agresividad global-. Esta ausencia de relación también se confirma en las interacciones entre el estrés percibido y las dimensiones del bienestar respecto de estas variables criterio.

En cuanto al *riesgo de suicidio*, la puntuación media en esta variable ha sido de 3,93 (SD = 3,21) sobre un máximo de 14 puntos, los baremos en la escala de riesgo de suicidio de Plutchik, utilizada en este trabajo, refieren que a partir de 7 puntos existe un riesgo alto de suicidio. Aunque la media se mantiene por debajo siete, la alta variabilidad hacen pensar parte de la muestra sí que puede ser presentar vulnerabilidad frente al intento de suicidio. En lo que se refiere a la relación entre bienestar psicológico y riesgo de suicidio, no se ha encontrado relación entre ninguna de las dimensiones de este constructo con el riesgo de suicidio como variable criterio por lo que no podemos confirmar que el nivel de bienestar psicológico sea un actor protector del riesgo de suicidio de la persona durante su reclusión.

#### e) **Análisis cualitativo del nivel de bienestar psicológico**

Además de las aportaciones que se han hecho hasta ahora del análisis cualitativo realizado a partir del instrumento de frases incompletas, consideramos interesante hacer una breve reseña a los datos más interesantes obtenidos en relación con la percepción subjetiva de esta muestra respecto de su nivel de bienestar psicológico.

- **Autoaceptación:** En esta dimensión hemos encontrado dos grupos claros de respuestas: El primero formado por internos que ofrecen una imagen de sí mismos muy positiva, o excesivamente optimista; y el segundo grupo, menos numeroso, que por el contrario, expresa en varios indicadores arrepentimiento y culpa y refleja tener un pobre autoconcepto y un bajo nivel de autoestima. Es este un grupo más reducido pero que nos aporta información muy interesante y lleva a plantearnos si el concepto negativo que tienen

de sí mismos puede derivar de su estancia en prisión; o ser anterior al encarcelamiento, y haber servido la cárcel como lugar y momento para reflexionar sobre sí mismo y su vida.

- **Relaciones positivas:** la dimensión de relaciones positivas se ve reflejada en dos núcleos de sentido: Por un lado, la importancia de la familia para el interno. Esta importancia se concibe no obstante, desde un posicionamiento egocéntrico, donde la familia tiene el deber de apoyar al interno emocional y económicamente; y es a la vez es una fuente de estrés y preocupación para el individuo por las limitaciones que tiene para contactar y controlar lo que sucede en el núcleo familiar; la familia es además su único vínculo con el exterior. Por otro, en relación con la soledad. El encarcelamiento, refieren muchos internos, les ha servido para valorar más a la familia, lo que ha derivado en muchos en una mayor sensación de soledad. El clima social de la prisión, a pesar de caracterizarse por el hacinamiento, hace aumentar la vivencia de soledad por el tipo de relaciones interpersonales que se desarrollan en prisión, y que como perciben los internos, se basan en la mentira, la hipocresía y la falsedad y lleva a mantener unas relaciones interpersonales basadas en el interés individual y la desconfianza.

- **Dominio del entorno:** El modo en que los internos se adaptan a la prisión se refleja en muchos de los indicadores directos e indirectos a partir de las frases incompletas. Muchos internos expresan que se sienten bien en prisión, a pesar de lo hostil y difícil que les resulta el medio. Pero también hemos encontrado un porcentaje importante de reclusos que refleja estar mal, sentirse solo, o triste. Un tercer grupo, ha preferido redefinir la cárcel como un lugar en el que son capaces de aprender y al que pueden sacar el mayor partido en su propio beneficio (trabajar, estudiar, dejar las drogas, hacer deporte...). La forma de adaptación común a todos ellos se caracteriza por limitarse a esa realidad, ignorando su entorno social en libertad (no hablan de su vida fuera) y su presentismo (viven sin pensar en el futuro).

- **Propósito en la vida:** Los planes y expectativas futuros giran en torno a la familia en la mayoría de los casos. Sin embargo, respecto a la familia los internos tienden a adquirir una postura cómoda, con ausencia de responsabilidad real y de implicación o apoyo emocional por lo que día a día sigue sucediendo en el núcleo familiar aunque él no esté. Esto no quita para que la familia se convierta para ellos, de nuevo de forma egocéntrica, en el motor que les alienta en el día a día, aunque a la hora de elaborar los planes a

futuro observemos como en casi todos los casos no han sido capaces de hacerlo. Otro grupo importante refleja abiertamente el presentismo del que hemos hablado ya, de forma que sus planes de futuro se basan sencillamente en recuperar la libertad. En líneas generales y para toda la muestra, los análisis permiten observar que sus inquietudes, vivencias y mundo interior se limitan a la realidad diaria dentro de la prisión.

- **Crecimiento personal:** Algunos internos reflejan en sus cuestionarios una alta motivación al cambio, percibiendo que se encuentran en un buen momento para trabajar con ellos y dar forma a algunos de los cambios que son conscientes deben dar para encauzar sus vidas. Otros reclusos, sin embargo, reflejan en sus respuestas una motivación extrínseca, fruto de una alta deseabilidad social y de su necesidad de dar una imagen positiva de sí mismos hacia el exterior aunque sus actos contradigan sus palabras.

#### **f) Eventos vitales en el pasado a partir de las historias de vida**

En este punto queremos hacer una breve reseña a los datos objetivos que hemos obtenido a partir del análisis cualitativo realizado con las historias de vida aportadas por los internos de esta muestra.

En la etapa de infancia y preadolescencia (hasta los 14 años), hemos recogido un total de 223 eventos positivos y 200 eventos negativos o traumáticos. El número medio de eventos vividos por interno ha sido de 2,3 en el caso de situaciones positivas y de 2,08 para eventos negativos o traumáticos.

En la etapa de adolescencia y hasta los 25 años de edad, el número de acontecimientos positivos para toda la muestra ha sido de 398 y de 281 experiencias negativas o traumáticas. El número medio de eventos en este caso corresponde a 4,1 acontecimientos positivos y 2,9 eventos traumáticos o negativos por interno.

Si nos fijamos por un momento en el número de eventos traumáticos o negativos vemos como la alta frecuencia coincide con la encontrada en la literatura científica sobre este tema. Por ejemplo, Rager y Benezech (1987) hablan de una frecuencia muy alta de eventos traumáticos entre jóvenes en situación de reclusión, donde todos habían vivido al menos una



situación traumática y la media de eventos traumáticos era de 4 por interno. Y Abraham y colaboradores (2004) reportan que un 56,8% de los internos de su estudio han vivido más de seis situaciones traumáticas, siendo los tres traumas más frecuentes fueron “haber visto un oído que alguien era fuertemente agredido o asesinado”; “haber sido amenazado con un arma” y “haber estado en una situación en la que pensó que él o alguien cerca iba a ser fuertemente agredido o asesinado”.

En este trabajo nos ha parecido interesante hacer un análisis paralelo de eventos positivos y negativos, ya que el efecto de los últimos sobre las personas están mucho más estudiados pero no tanto el papel de las experiencias pasadas positivas. En este sentido, el planteamiento mantenido en este trabajo sobre la relación de los eventos positivos y negativos con el bienestar psicológico de la población reclusa, ha sido estudiado en el reciente trabajo de Bilbao, Páez, da Costa y Martínez-Zelaya (2013) con población general. Los resultados de su estudio muestran que tanto los hechos positivos como negativos tienen efecto sobre alguna de las dimensiones del bienestar psicológico: los hechos negativos producen específicamente efectos de decremento en la fortaleza personal, y en darse cuenta de que se puede contar con otros o mejorar las relaciones con otros. El cambio de creencias básicas se ve asociado contrgruentemente con el crecimiento personal, en el caso de hechos positivos y ambivalentes. Estos resultados animan a mantener abierta nuestra propuesta de investigación que relaciona los eventos vitales positivos y negativos del pasado de una persona con el funcionamiento psicológico saludable del momento presente.

#### **g) Ajuste del modelo teórico propuesto**

En líneas generales, los resultados obtenidos en este trabajo de investigación dan suficiente soporte empírico al modelo teórico propuesto al inicio, como para considerar que los planteamientos realizados en él son capaces de explicar, desde un punto de vista teórico, los resultados y relaciones obtenidos. No obstante, estos resultados permiten también realizar nuevas propuestas y modificaciones sobre el modelo para su mejor ajuste y adecuación tanto teórica como práctica.

En este sentido, algunas de las anotaciones más importantes que podemos hacer al modelo, a la luz de los resultados, son las siguientes.

- El bienestar psicológico y el desgaste psicológico se han perfilado como dos categorías relacionadas pero distintas, que se ven afectadas de diferente manera por el estrés que se produce dentro de prisión. El nivel de estrés afecta en mayor medida al desgaste psicológico, pero su repercusión sobre el funcionamiento psicológico del recluso es más limitada.
- El bienestar psicológico se perfila como factor amortiguador o protector del estado de salud mental de las personas en reclusión frente a las situaciones de alto estrés.
- Las variables sociodemográficas relacionadas con el nivel de ingresos económicos y el consumo de drogas influyen significativamente sobre el nivel de bienestar psicológico, mientras que la edad es el principal predictor del desgaste psicológico, aunque no debemos descartar el consumo de drogas como predictor en esta última variable, a la vista de los resultados.
- Los trastornos de personalidad estudiados han demostrado jugar un importante papel especialmente como predictores del desgaste psicológico (en el caso del trastorno antisocial) y de la aparición de otras psicopatologías (por ejemplo el trastorno antisocial en relación con la obsesión-compulsión, la depresión o la hostilidad; y el trastorno límite como predictor de la somatización, la hostilidad y la ansiedad) y en menor medida como predictores de algunas variables del bienestar psicológico de los reclusos como el dominio del entorno y el crecimiento personal, en estos casos sólo el trastorno antisocial.
- Los tipos de estresores más importantes para el bienestar psicológico han sido la experiencia previa en prisión y el tiempo que el individuo lleva recluido. En ambos casos se observa como situaciones prolongadas de privación de libertad han acabado por hacer mella en algunas de las dimensiones del bienestar psicológico de la persona. Por su parte, no son este tipo de estresores sino las molestias diarias derivadas de la estancia en la cárcel las que más afectan al desgaste psicológico del individuo, y también a su agotamiento emocional (depresión y ansiedad) y fatiga física (somatización y quejas de salud percibida).
- El nivel de estrés percibido, que da cuenta del proceso de tensión al que está sometido el recluso, se confirma como predictor de su desgaste psicológico,

agotamiento emocional y también de la fatiga física que experimenta. El estrés percibido Incide también en la aparición de otras importantes sintomatologías entre la población reclusa, como son el psicoticismo y la ideación paranoide, al igual que en relación con la conducta hostil. En cambio, su papel predictor frente al nivel de bienestar psicológico es más reducido, sí que hay una tendencia significativa como predictor de las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal, sin embargo, el constructo aquí estudiado parece ser menos permeable al estrés o al malestar derivado de las molestias diarias, aunque sí le afectan circunstancias que que mantienen de forma más prolongada en el tiempo. En este sentido creemos que el estrés prolongado en el tiempo durante su encarcelamiento sí que afecta a esta variable.

- Entre los recursos estudiados, el apoyo social subjetivo muestra ser un importante predictor del bienestar psicológico del recluso, pero no le sirve como factor protector frente a los efectos que produce el estrés sobre su salud mental o las conductas de riesgo que manifiesta.
- Los recursos personales más importantes en relación con el bienestar psicológico han sido aquellos relacionados con actitudes y conductas adecuadas para hacer frente a demandas externas o internas del medio. Así tanto la solución de problemas, como las estrategias de aceptación de responsabilidad y reevaluación positiva han resultado ser predictores directos y significativos de algunas de las dimensiones del bienestar psicológico. Su papel ha sido mucho más reducido en relación con la sintomatología psicopatológica. Pero si se perfilan de nuevo varias estrategias de afrontamiento como importantes factores de protección de la conducta agresiva.
- Es más importante el valor que adquieren estos recursos en su interacción con el nivel de estrés percibido, ya que consiguen actuar como amortiguadores del impacto del estrés sobre el bienestar psicológico del interno, bien sobre su índice general o sobre alguna de sus dimensiones.
- Respecto de las conductas desadaptadas objeto de este estudio, vemos como la conducta agresiva parece estar más determinada por la existencia de adecuados recursos personales para hacer frente a la vida en prisión que por el resto de variables

estudiadas, si bien los trastornos de personalidad son importantes predictores de esta conducta agresiva, tal y como afirman otras investigaciones (Monahan y cols, 2005). El riesgo de suicidio se puede predecir en esta muestra únicamente a partir de la edad y del trastorno antisocial de personalidad.

## **CONCLUSIONES**

---

## CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

---

### a) Conclusiones generales

Con el desarrollo del presente trabajo en el medio penitenciario se han podido conocer algunas de las variables que influyen sobre el bienestar psicológico de los reclusos, desde una perspectiva eudaimónica. Y también la influencia del bienestar psicológico, en su relación con diversas variables antecedentes, sobre la salud mental y conductas desadaptadas de los internos. A continuación, aparecen las principales conclusiones a las hipótesis planteadas al inicio del estudio.

Del conjunto de variables sociodemográficas que se han considerado relacionadas con el bienestar, únicamente el nivel de ingresos económicos previos y el consumo de drogas antes de entrar en prisión son variables que influyen de forma significativa sobre nivel de bienestar y la mayoría de sus dimensiones, lo cual permite confirmar las hipótesis 1.c. y 1.d. El nivel de ingresos ha resultado ser, además, un predictor positivo y estable y con un peso muy importante sobre el nivel de bienestar psicológico y sus seis dimensiones. Y en relación con el consumo de drogas, son los internos con patrones de consumo habitual los que peor nivel de bienestar psicológico presentan, con un perfil psicológico caracterizado por un concepto pobre de sí mismos y bajos niveles de autoestima; dificultades para entablar

relaciones cercanas con otros, y tendencia a que éstas sean de tipo instrumental; sin planes futuros o poco elaborados; y también con menos capacidad o motivación hacia el crecimiento o mejora personales. Por otro lado, no se ha confirmado en este trabajo la relación de la edad o de la cultura con el bienestar psicológico de los reclusos ni con sus dimensiones (hipótesis 1.a. y 1.b).

El segundo bloque de hipótesis en este trabajo está relacionado con las variables antecedentes. Centrándonos en aquellas referidas a estresores o demandas externas, entre las variables de tipo penal y penitenciario, en este trabajo se han encontrado dos variables significativas: la *experiencia previa en prisión*, sí que ha mostrado incidir de forma significativa sobre el nivel de bienestar psicológico de los internos (*hipótesis 2.a.I*), siendo los internos que ya ha estado antes en prisión los que tienen un bienestar psicológico más bajo y también peor nivel en las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas, autonomía y propósito en la vida. El *tiempo continuado en prisión* influye de forma inversa en el nivel de bienestar psicológico del preso (*hipótesis 2.a.IV*). En concreto, son los reclusos que llevan más de 9 años ingresados en prisión los que tienen peores niveles de autoaceptación y propósito en la vida, especialmente si los comparamos con aquellos internos que llevan en prisión menos de 3 años. Sin embargo, no ha podido confirmarse, a la luz de los resultados obtenidos, la influencia del *tipo de delito* o de la *duración de la condena* sobre el bienestar psicológico de la población reclusa (*hipótesis 2.a.II y 2.a.III*)

Las hipótesis 2.b.I y 2.b.II que relacionan los acontecimientos estresantes y las molestias diarias en prisión con el nivel de bienestar psicológico del recluso tampoco se han podido confirmar en este estudio. Sin embargo, la hipótesis 2.b.III, referida a la influencia negativa del nivel de estrés percibido sobre el nivel de bienestar psicológico del recluso sí que se ha confirmado, aunque sólo parcialmente. Esta variable aparece como predictor significativo del nivel de bienestar psicológico general y de la dimensión de relaciones positivas pero su efecto no es estable a lo largo del modelo. Sí que lo es su influencia sobre las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal.

En relación con las hipótesis planteadas sobre la relación entre recursos y bienestar psicológico, se ha podido confirmar la hipótesis 3.a. en relación con el apoyo social. Se ha comprobado como el apoyo social subjetivo, es decir, la percepción que tiene el recluso de las personas con las que puede contar, influye de manera muy importante en su

funcionamiento psicológico positivo y en todas sus dimensiones. Sin embargo, esta relación no se produce sobre el desgaste psicológico ni otras medidas del estado de salud mental del colectivo de reclusos. El apoyo social objetivo no aparece como predictor significativo.

En cuanto al papel de los recursos personales en relación con los niveles de bienestar psicológico, el valor predictor de estos recursos ha sido muy escaso. Así, las hipótesis 3.b.I, 3.b.II y 3.b.III. pueden ser confirmadas únicamente de forma parcial, a la espera de futuras investigaciones. Entre los *recursos psicológicos* positivos, únicamente la solución de problemas influye de forma positiva sobre el bienestar psicológico (3.b.I). Y del conjunto de *estrategias de afrontamiento* han sido la aceptación de la responsabilidad y la reevaluación positiva las únicas que han mostrado influir significativamente sobre una sola dimensión, el dominio del entorno (3.b.II). Y entre las creencias sobre el mundo, los demás y uno mismo, solamente la *benevolencia del mundo* ha resultado ser un predictor significativo y estable de la dimensión propósito en la vida (3.b.III).

La hipótesis 4.a., por su parte, defendía el importante papel de los recursos externos y personales para reducir el impacto del estrés sobre el bienestar psicológico de los reclusos. Los resultados ha confirmado este planteamiento ya que para el nivel de bienestar psicológico y para casi todas sus dimensiones se han obtenido interacciones significativas. Por ejemplo sobre el nivel de bienestar psicológico general ha influido la benevolencia de las personas, y sobre la autoaceptación las variables de aceptación de la responsabilidad, reevaluación positiva, autocontrol y apoyo social subjetivo, todas ellas en interacción con el nivel de estrés percibido.

Entre las consecuencias objeto de estudio de este trabajo se ha diferenciado entre el impacto del encarcelamiento sobre el estado de salud mental y sobre las conductas de riesgo.

Las referidas al estado de salud mental se han estudiado como síntomas relacionados con el desgaste psicológico o con algún trastorno mental concreto. En este caso la influencia del bienestar psicológico sobre el desgaste psicológico ha sido escasa, limitándose a la dimensión relaciones positivas como predictor del desgaste psicológico; al igual que en relación con el resto de subescalas, en las que únicamente esta dimensión vuelve a aparecer como un predictor estable de los trastornos de psicoticismo y la ideación paranoide.

(hipótesis 5.a.I). En todos estos casos un mejor nivel en la dimensión de relaciones positivas predice menor desgaste psicológico y menos sintomatología en los trastornos mencionados.

El bienestar psicológico también ha influido de forma indirecta sobre el estado de salud mental de los reclusos, a través de algunas interacciones con el nivel de estrés percibido, especialmente en el caso de las dimensiones de autoaceptación y autonomía, que han mostrado ser capaces, por ejemplo, de disminuir el impacto de un alto nivel de estrés sobre la sintomatología ansioso-depresiva. (hipótesis 5.a.II).

Las hipótesis 5.b.I. que relaciona el nivel de bienestar con las quejas de salud subjetiva; 5.b.II. que relaciona bienestar psicológico y conducta agresiva; y 5.b.III. referida al papel protector del funcionamiento psicológico positivo sobre el riesgo de suicidio, no han podido confirmarse a la luz de los resultados obtenidos en este trabajo.

En relación con las hipótesis planteadas para el análisis cualitativo de la información proporcionada por los internos, la hipótesis 6. plantea que los resultados cualitativos obtenidos de la valoración del bienestar psicológico de los reclusos a partir del completamiento de frases, irán en la misma línea que los obtenidos a través de la evaluación cuantitativa. Los resultados analizados en relación con el cuestionario de frases incompletas permite confirmar esta hipótesis.

Respecto de la siguiente hipótesis (7) en relación con las historias de vida de los internos, los resultados analizados no confirmarían ninguno de los dos planteamientos realizados. El primero de ellos (7.a) consideraba que una mayor frecuencia de eventos traumáticos y negativos en el pasado estaría relacionado peores niveles de bienestar psicológico y el segundo (7.b) predecía lo contrario, la mayor frecuencia de vivencias positivas iría asociada a mejores niveles de bienestar psicológico. Del análisis cualitativo realizado podemos concluir que no existe relación aparente entre el tipo de eventos, positivos o negativos, vividos en etapas pasadas –antes de los 25 años- y el funcionamiento psicológico óptimo del momento presente.

De forma conjunta, el análisis de los resultados permite llegar también a importantes conclusiones en relación con las dos cuestiones planteadas en la presentación inicial.

Respecto del *impacto de la reclusión sobre el individuo*, podemos confirmar que la estancia en prisión conlleva una situación adversa debido a dos aspectos principales: un nivel de



estrés percibido más alto dentro de prisión, y un alto nivel de malestar derivado de las molestias diarias. Estas dos situaciones desgastan psicológicamente a la persona, y también le afectan a nivel emocional, con puntuaciones más elevadas en sintomatología ansioso-depresiva, y físico, ya que hay una experiencia de somatización más lata que en la población general y un número elevado de quejas de salud subjetiva. A ello se le une un alto nivel de hostilidad, ciertos rasgos paranoides derivados de las relaciones interpersonales dentro de prisión basadas en la desconfianza, el recelo y el estado de alerta, y la pérdida de vínculos afectivos con el alejamiento de su red de apoyo social, lo que deriva en una importante sensación de soledad.

En función de los resultados, también de los cualitativos, y en relación con la segunda de las cuestiones planteadas, la *adaptación del interno, como sujeto activo, a la prisión*, vemos sin embargo, cómo los internos de esta muestra consiguen, en su mayoría, adaptarse adecuadamente a la estancia en reclusión. La cárcel se convierte en su realidad más inmediata y su interés por su contexto exterior se reduce drásticamente. Por su parte, los recursos con los que cuenta el interno, especialmente la percepción que él tiene de la calidad de su red de apoyo social, pero también algunas de sus estrategias de afrontamiento y creencias positivas sobre el mundo, le sirven para contrarrestar los efectos nocivos del encarcelamiento, y su nivel de bienestar psicológico no se ve alterado, en líneas generales, por su entrada en prisión.

Por otro lado, los resultados apuntan a que el buen funcionamiento psicológico de los reclusos puede servirles como factor protector de su estado de salud mental, frente a los efectos negativos que tiene sobre ellos el estrés que experimentan los internos dentro de prisión.

Todo esto nos lleva a plantearnos la importancia que tendría, desde un punto de vista práctico, el hacer incapié sobre las diferentes facetas o dimensiones que conforman el funcionamiento psicológico del individuo. Cabe así plantearse los beneficios que podría tener el aprender, potenciar y mejorar en los reclusos las características que componen y definen las dimensiones del bienestar psicológico, es decir, la autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Si estas dimensiones actúan como posibles factores de protección frente a los efectos negativos

del estrés, la mejora en el bienestar psicológico del recluso ayudará a frenar las consecuencias derivadas de la estancia en prisión. El principal objetivo sería conseguir que el interno no salga de prisión peor de lo que entró.

Es por ello que, a la luz de los resultados de este trabajo, planteamos la importancia y beneficios de desarrollar programas e intervenciones terapéutica que, desde una perspectiva positiva, busquen potenciar los recursos y fortalezas del individuo, y le ayuden a amortiguar los efectos nocivos que la estancia prolongada en prisión puede tener sobre él.

#### **b) Algunas limitaciones al estudio realizado**

La primera de las limitaciones que podemos hacer a este trabajo es en relación con la muestra elegida. Su número, 179 internos, puede resultar reducido a la hora de establecer conclusiones si se desean generalizar al resto de población penitenciaria (unos 70.000 internos en España). No obstante la pretensión de esta investigación no ha sido llegar a conclusiones generalizables, sino realizar una primera aproximación exploratoria a una serie de variables que hemos puesto en relación en torno a dos conceptos, el bienestar psicológico en prisión y el impacto del estrés sobre el recluso. Sí que será importante tener en cuenta que el tamaño muestral sea mayor en el caso de futuras investigaciones que profundicen en algunas de las asociaciones significativas aquí encontradas, con el fin de poder realizar generalizaciones de manera menos arriesgada. Además, la población reclusa es un colectivo muy específico, con unas características muy determinadas que lo hacen diferente a la población general, por lo que no nos podemos atrever a generalizar los resultados aquí obtenidos a la población en libertad. Cabe decir en este sentido que el colectivo de reclusos ha sido objeto de escaso interés desde el mundo académico, tal vez por las dificultades en acceder a esta población. No obstante, la importancia desde un punto de vista teórico, pero sobre todo práctico, de contar con una mayor literatura científica sobre el medio penitenciario, nos llevan a hacer un llamamiento a la realización de investigaciones con este colectivo.

En este sentido, el trabajo presentado ha carecido de literatura previa específica en la que soportar la investigación empírica, ya que, además de ser escasa la investigación en el medio penitenciario, tampoco hay literatura científica que estudie a la población penitenciaria desde el marco de la psicología positiva, y son todavía escasos los trabajos en torno al constructo de bienestar psicológico y sus antecedentes y consecuencias en la población general. Con lo cual, a partir de la revisión realizada en relación con el bienestar psicológico y con los procesos de estrés y adaptación a la prisión, se ha optado por proponer un modelo teórico que no está consolidado. Este modelo ha pretendido servir de guía para dar sentido a la investigación realizada y también ser punto de partida de nuevas líneas de conocimiento. Con lo cual se trata de un modelo abierto a modificaciones y ajustes en función de los futuros resultados que se puedan aportar.

Por otro lado, el estudio realizado es de tipo transversal con lo que adolece de las ventajas que un estudio longitudinal aporta a la hora de establecer relaciones y llegar a conclusiones sobre los resultados. En este sentido sería muy interesante intentar replicar esta investigación con la misma muestra de internos, ya que solamente ha pasado un año desde que se recogieron los datos por lo que la pérdida de muestra tal vez no fuera grande.

Al plantear un estudio de tipo exploratorio, la intención ha sido poner en relación un importante número de variables, con el fin de determinar los indicadores más significativos del bienestar psicológico y de los procesos de estrés en prisión, los cuales servirán de base para análisis más profundos en el futuro. Una de las desventajas de haber contado con un amplio número de variables, está en que dificulta la realización de análisis estadísticos más profundos. Por otro lado, la inclusión de un amplio número de variables en los análisis ha podido limitar la potencia de algunos de los resultados obtenidos. Es este un importante aspecto a tener en cuenta a la hora de revisar los resultados. A pesar de esta importante limitación, consideramos justificada la inclusión de todas las variables objeto de este estudio, ya que ha sido posible detectar líneas de trabajo que puedan resultar relevantes; y posteriormente, poder tener ocasión de realizar las oportunas confirmaciones, a partir de nuevas investigaciones.

En relación con el constructo principal de la tesis, el bienestar psicológico, a priori puede resultar paradójico su estudio por tender a identificarlo como el polo opuesto del malestar

psicológico. Sin embargo, tal y como se ha demostrado en este trabajo, se trata de dos categorías relacionadas pero distintas. Los resultados apuntan además a que, mientras que la segunda si que se ve afectada por el estrés derivado de la reclusión, el bienestar psicológico no se modifica con el encarcelamiento. Respecto del concepto de bienestar psicológico utilizado en esta investigación y en línea con la controversia existente en la literatura científica sobre la adecuada definición del bienestar como bienestar psicológico; bienestar subjetivo; o como una integración de ambos constructos (p.e. Diener, 1984; Keyes y cols 2002; Ryan y Deci, 2001; Waterman, 1993) consideramos que una de las limitaciones del presente trabajo puede estar precisamente en el constructo evaluado. Se ha estudiado únicamente el bienestar psicológico de la población reclusa desde una perspectiva eudaimónica, y no se han incluido medidas relacionadas con el balance afectivo de los reclusos ni de su satisfacción vital. Una propuesta futura iría en el sentido de incluir la evaluación de ambos conceptos (bienestar psicológico y bienestar subjetivo), con el fin de contar con una evaluación completa en la que ambas aportaciones se complementen.

En relación con los análisis cualitativos realizados, una de las limitaciones que podemos encontrar está en que no nos hemos apoyado en ningún programa informático para realizar los análisis. Esto puede dotar de falta de rigurosidad y excesiva subjetividad los resultados expuestos. Sin embargo, nuestra pretensión desde un punto de vista cualitativo ha sido la de explorar dos conceptos, el bienestar psicológico percibido por el interno, y los eventos vitales en las historias de vida de esta muestra, y en este análisis poder complementar y enriquecer la información obtenida a partir de los datos cuantitativos. Es por esto que la metodología empleada para el análisis de esta parte no se ha basado en el uso de programas de análisis cualitativo, sino que ha consistido en la exploración, análisis y reflexión de la información aportada, estableciendo posibles conexiones y planteando posibles relaciones, que deseamos puedan en el futuro verse contrastadas a partir de nuevos estudios en esta línea de investigación.

Por último, consideramos que por la naturaleza del constructo de bienestar psicológico, sería interesante la inclusión de algunas variables de personalidad positiva (Moreno-Jimenez y cols. 1997, 2000), ya que en este modelo teórico no se han tenido en cuenta y sin embargo creemos que puede existir una relación significativa entre alguna de las dimensiones que define la personalidad. Del mismo modo creemos interesante estudiar más en profundidad el

papel que los eventos positivos y negativos que el recluso ha vivido en el pasado juegan respecto de sus creencias básicas y de su funcionamiento psicológico.

# BIBLIOGRAFIA

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

Abram, K. M., Teplin, L. A., Charles, D. R., Longworth, S. L., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 403.

Adams, K. (1992). Adjusting to prison life. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research* (pp. 276-359). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Agnew, R. (2009). General strain theory: Current status and directions for further research. In F. T. Cullen, J. P. Wright, & K. R. Blevins (Eds.), *Taking stock: The status of criminological theory* (pp. 101-123). New Brunswick, NJ: Transaction.

al-Najjar, M., & Clarke, D. D. (1996). Self-esteem and trait anxiety in relation to drug misuse in kuwait. *Substance use & Misuse*, 31(7), 937-943.

Alarcón, J (2012): El tratamiento penitenciario. [Www.dspace.usc.es](http://www.dspace.usc.es)

. Ministerio de Justicia. Madrid

Aldwin, C.M. (1994). *Stress, coping and development: an integrative perspective*. New York: Guilford Press.

Aliaga, F. Y Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la "escala de modos de coping" (Ways of coping). *Ansiedad y estrés* 2 (1), 17 -26.

Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*.

. Ed: Madrid: La Ley.

Almedom, A. M., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12(2), 127-143.

Andersen HS. (2004) Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta of Psychiatric Scandinavian Supplement*. 2004;(424):5-59.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39.

Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R., Bonta, J., Gendreau, P., y Cullen, F. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28 (3), 369-404.

Aneshensel, C. and Jeffrey D. (1982) Stress and Depression: A test of the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry* 39: 1392 – 1996.

Anthony, M.M. y Barlow, D.H. (2002). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. Guilford Press: Nueva York.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. C.L. Cooper, R. Payne (Eds), *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process*. Chichester: John Wiley and Sons. Cap. 4, pp. 67-104.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11: 11-18.

Antonowicz, M.C.A., y Ross, R.R. (1994). Essential Components of Successful Rehabilitation Programs for Offenders. *International Journal Of Offenders Therapy and Comparative Criminology*, 38 (2), 97-104.

Aranda, M.J. (2007). *Reeducación y reinserción social, tratamiento penitenciario: análisis teórico y aproximación práctica*. Ed: Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias

Arboleda-Flórez, J., & Holley, H. (1989). Predicting suicidal behaviours in incarceration settings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34; 668-674.

Argyle, M., & Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. *Subjective well-being*, 77-100.

,V (2004): *Reglamento Penitenciario Comentado*. Sevilla, Ed: Madrid

, en GARRIDO Y

VIDAL: Lec

. Nau Llibres. Madrid.

- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 3-7.
- Aubé, C., Rousseau, V., Mama, C., & Morin, E. M. (2009). Counterproductive behaviors and psychological well-being: The moderating effect of task interdependence. *Journal of Business and Psychology*, 24(3), 351-361.
- Avia, D. & Vázquez C. (1998). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*. Alianza Editorial.
- Ayuso-Mateos, J. L., Lasa, L., & Vázquez-Barquero, J. L. (1999). Validez interna y externa de la versión española del SF-36. *Clínicas Médicas de Norteamérica*, 56, 90.
- Backett, S. A. (1987). Suicide in Scottish prison. *British Journal of Psychiatry*, 151; 218-221.
- Bakker, A. & Demerouti, E. (2007) The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309 -328
- Bakker, A. & Schaufeli, W. (2008) Positive organizational behavior: Engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 147–154.
- Bakker, A. B., Rodríguez Muñoz, A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva. *Psicothema*, 24(1), 66-72.
- Bakker, A., Demerouti E. & Euwema, M. (2005) Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*. 10, 170–180
- Bakker, A., Demerouti, E., de Boer, E., Schaufeli, W. (2003) Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior* 62 341–356
- Bakker, A., Demerouti, E., Verbeke, W. (2004) Using the job demands resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*; 43,83-104.
- Bakker, A., Schaufeli, W., Leiter, M.& Taris, T. (2008) Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22,187-195
- Bakker,A., Westman, M., Schaufeli, M. (2007) Crossover of burnout: An experimental design. *European journal of work and organizational psychology* 16 (2), 220 – 239
- Ballester LL. y Figuera P. (2000): Exclu
- Ballesteros, B., Medina, A. y Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Univ. Psychol Bogotá (Colombia)*, 5 (2), 239-258.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 154-196). New York: Guilford Press.



- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2ª edición). Guilford Press: Nueva York.
- Basabe, N. et al. (1993). Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En D. Páez (Ed.). *Salud, expresión y represión social de las emociones*, Valencia; Promolibro.
- Batten, P. 1984. Loneliness among male prisoners. *Dissertation Abstracts International* 35:461 – 470.
- Becerra S, Torres G. y Ruiz J.I. (2008) Un Estudio Longitudinal y Comparativo sobre la Adaptación Psicosocial a Contextos Carcelarios. *Anuario de Psicología Jurídica* Vol. 18, 2008 - Págs. 61-72
- Beck, A (1991) *Profile of Jail Inmates, 1989*. Washington, DC: U.S. Department of Justice and Social Behavior 30: 206 – 219.
- Belenko, S., & Peugh, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence; Drug and Alcohol Dependence*.
- Belle, D. (1987) 'Gender differences in the social moderators of stress. In R. C. Barnett, L. Biener, and G. K. Baruch (eds.), *Gender and Stress: 257 – 277*, New York: Free Press.
- Benda, B. (2005). Gender differences in life-course theory of recidivism: A survival analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(3), 325-342.
- Bénèzech, M., & Rager, P. (1987). Suicide et tentative de suicide en milieu carcéral: considérations générales. *Psychologie Medicale*, 19; (5) 613-615.
- Bermúdez-Fernández (2006). Efectos psicológicos del encarcelamiento. En *Psicología Forense: Manual de Técnicas y aplicaciones*. Sierra, J.C, Jiménez, E., y Buela Casals G. Ed: Biblioteca Nueva
- nicas de la Terapia del Bienestar. En *Psicología Positiva Aplicada*. De Vázquez C. Y Hervás, G (Ed). Ed: Desclée de Brower.
- Bevan, A., Houdmont, J., & Menear, N. (2010). The management standards indicator tool and the estimation of risk. *Occupational Medicine*, 60(7), 525-531.
- Beverly Hills, CA: Sage. (1991) Environmental congruence and symptoms of psychopathology: A further exploration of the effects of exposure to the jail environment. *Criminal Justice and Behavior* 18(3):351 – 374.
- Biggam, F. H., & Power, K. G. (1997). Social support and psychological distress in a group of incarcerated young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41(3), 213-230.
- Biggam, F. H., & Power, K. G. (1999). A comparison of the problem-solving abilities and psychological distress of suicidal, bullied, and protected prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 26(2), 196-216.
- Bilbao, M. A., Páez, D., da Costa, S., & Martínez-Zelaya, G. (2013). Cambio en creencias básicas y crecimiento post estrés: un estudio transversal sobre el fuerte impacto de los hechos positivos sobre el bienestar. *terapia psicológica*, 31, 127-139.

Birgden, A. (2002). Therapeutic jurisprudence and "good lives": A rehabilitation framework for corrections. *Australian Psychologist*, 37(3), 180-186.

Birmingham L., Mason D, Grubin D (1996) Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *BMJ* 1996;313:1521-4

. Barcelona. Praxis.

Blaauw, E., Kerkhof, A. J., & Hayes, L. M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 63-75.

Blaauw, E., Schilder, F., & van de Lande, S. (1998). Prevention of suicides in the Dutch criminal justice system. *Deaths of offenders*, 201-223.

Blaauw, E., Winkel, F. W., & Kerkhof, A. J. (2001). Bullying and suicidal behavior in jails. *Criminal Justice and Behavior*, 28(3), 279-299.

Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.

Blázquez, F. P., Medina, M. P. M., Gutiérrez-Hernández, C. Y., & Calvillo, M. A. M. (2010). La psicología positiva. Una joven disciplina científica que tiene como objeto de estudio un viejo tema, la felicidad.

Blevins, K. R., Cullen, F. T., Frank, J., Sundt, J. L., & Holmes, S. T. (2007). Stress and satisfaction among juvenile correctional workers: A test of competing models. *Journal of Offender Rehabilitation*, 44(2-3), 55-79.

Blevins, K. R., Listwan, S. J., Cullen, F. T., & Jonson, C. L. (2010). A general strain theory of prison violence and misconduct: An integrated model of inmate behavior. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 26(2), 148-166.

Blitz, C. L., Wolff, N., & Shi, J. (2008). Physical victimization in prison: The role of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 385-393.

Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59, 20-28.

Bonta, J., & Nanckivell, G. (1980). Institutional misconducts and anxiety levels among jailed inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 7, 203-214.

Boothby, J. L. (2002). Evaluating the relation between coping variables and prison adjustment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (9-B) (Electronic; Print)

Boşgelmez, Ş., Aker, T., Köklük, Ö. A., & Ford, J. D. (2010). Assessment of lifetime history of exposure to traumatic stressors by incarcerated adults with the turkish version of the traumatic events screening instrument for adults (TESI-A): A pilot study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(4), 407-423.

Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(6), 979.

Bowker, L. H. (1980). *Prison victimization*. New York: Elsevier.

Boxer, P., Middlemass, K., & Delorenzo, T. (2009). Exposure to violent crime during incarceration: Effects on psychological adjustment following release. *Criminal Justice and Behavior*, 36(8), 793-807.

Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., & Taylor, C. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction*, 97(12), 1551-1560.

personalidad. Havana, Editora Pueblo y Educa .

Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Peterson, E. L., & Lucia, V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29(04), 813-821.

Brinded, P. M. J., Simpson, A. I. F., Laidlaw, T. M., Fairley, N., & Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in new zealand prisons: A national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(2), 166-173.

Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., et al. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396.

Brown, S. L., & Ireland, C. A. (2006). Coping style and distress in newly incarcerated male adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 656-661.

Bryant, F. B., & Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being: A sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 653-67

Buckaloo, B. J., Krug, K. S., & Nelson, K. B. (2009). Exercise and the low-security inmate: Changes in depression, stress, and anxiety. *The Prison Journal*, 89(3), 328-343.

Bukstel, L & Kilman, P. (1980). Psychological effects of imprisonment on confined individuals. *Psychological Bulletin* 88, (2), 469 - 493.

Bulten, E. Nijman, H. & Van der Staak, C. (2009). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry* 32 (2009) 115 - 119.

Burling, K. L. (2000). A correlational investigation of the relationship between psychological distress, life satisfaction, and health care utilization among elderly male inmates. *ProQuest Information & Learning. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (12-B) 6354-6354.

Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619556170?accountid=14478>. (619556170; 2000-95012-051)

Buško, V., & Kulenović, A. (1995). Coping with prison stress. *Review of Psychology*, 2(1-2), 63-70.

Buško, V., & Kulenović, A. (1997). Personal attributes and coping processes in explaining psychosomatic symptoms in prisoners. *Review of Psychology*, 4(1-2), 15-23.

Butler, T., Allnutt, S., Cain, D., Owens, D., & Muller, C. (2005). Mental disorder in the new south wales prisoner population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), 407-413.

Butler, T., Levy, M., Dolan, K., & Kaldor, J. (2003). Drug use and its correlates in an Australian prisoner population. *Addiction Research & Theory*, 11(2), 89-101.

Byrne, J., & Hummer, D. (2008). Examining the impact of institutional culture on prison violence and disorder: An evidence based review. In J. Byrne, D. Hummer, & F. S. Taxman (Eds.), *The culture of prison violence* (pp. 40-90). Boston: Allyn & Bacon.

Camilleri, P. & McArthur, M. (2008). Suicidal behaviour in prisons: Learning from australian and international experiences. *International Journal of Law and Psychiatry* 31 (2008) 297 - 307.

Camp, S. D., Gaes, G. G., Langan, N. P., & Saylor, W. G. (2003). The influence of prisons on inmates misconduct: A multilevel investigation. *Justice Quarterly*, 20, 501-533

Carbonell, J. L., & Moorehead, K. M. (1984). Predicting prison adjustment with structured personality inventories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 280-294.

Carlson, B. E., & Cervera, N. J. (1991). Incarceration, coping, and support. *Social Work*, 36(4), 279-285.

Carlson, B. E., & Shafer, M. S. (2010). Traumatic histories and stressful life events of incarcerated parents: Childhood and adult trauma histories. *The Prison Journal*, 90(4), 475-493.

Carver, C.S.; Scheier, M.F.; Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 56(2), 267-283.

Castle, D.; Kulkarni, J. y Abel, K. M. (2006). *Mood and Anxiety Disorders in Women*. Cambridge University Press: Cambridge.

Casullo, M. M., & Fernández, M. (2007). Las propuestas de la Psicología Positiva: ¿Universales psicológicos o particulares de una visión cultural?. *Anuario de investigaciones*, 14, 00-00.

Centro De Estudios Penitenciarios

, Madrid.

Chaplin, T. M., Gillham, J. E., & Seligman, M. E. P. (2009). Gender, anxiety, and depressive symptoms: A longitudinal study of early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 29(2), 307-327.

Chapman, A. L. (2003). Parasuicidal behavior and borderline personality features: The role of experiential avoidance. ProQuest Information & Learning). Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 1484-1484. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620249884?accountid=14478>. (620249884; 2003-95018-119).

Chen G. (2009) Gender differences in crime, drug addiction, abstinence, personality characteristics, and negative emotions. *J Psychoactive Drugs*. 2009 Sep;41(3):255-66.

Chen, M. K., & Shapiro, J. M. (2007). Do harsher prison conditions reduce recidivism? A discontinuity-based approach. *American Law and Economics Review*, 9, 1-29.

Cheng, S. T., & Chan, A. (2005). Measuring psychological well-being in the Chinese. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1307-1316.

Chrouser, C. & Ryff, C. (2006). Multiple roles and well-being: Sociodemographic and Psychological moderators. *Sex Roles* (2006) 55: 801 - 815. doi: 10.1007/s11199-006-9134-8.

Chubaty, D. E. (2001). Victimization, fear, and coping in prison. ProQuest Information & Learning). Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 1071-1071. Retrieved from [http://search.proquest.com/docview/619705175?accountid=](http://search.proquest.com/docview/619705175?accountid=14478) 14478. (619705175; 2001-95016-342).

Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Rosenthal, C. J. (2000). Well-being in Canadian seniors: Findings from the Canadian study of health and aging. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 19(02), 139-159.

Clemente, M. (1986) Los efectos psicológicos del encarcelamiento. En Jiménez Burillo F y Clemente M (eds) *Psicología Social y Sistema Penal*. Alianza Madrid, 1986: 253-268.

Clemente, M. (1997). La organización social informal en la prisión. En M. Clemente & J. Nuñez (Eds.), *Psicología Jurídica Penitenciaria*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa. 321-356

Clemente, M. (1998). *Fundamentos de la psicología jurídica*. Ed: Pirámide

Clemente, M. (2010). *Psicología jurídica: una ciencia emergente explicativa del derecho*. Ed: Pirámide

Clemente, M. (2011). *Fundamentos y principios de psicología jurídica*. Ed: Madrid

Clemen

Universidad-Empresa.

Universidad-Empresa.

Clemente,

. Madrid: Ministerio de Justicia.

- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J., & Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 809-815.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, 3-26.
- Cohen, S., Sheldon and Thomas A. Wills (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98(2):310 – 357.
- Coid, J. & Ullrich, S. (2011). Prisoners with psychosis in England and Wales: diversion to psychiatric inpatient services?. *International Journal of Law and Psychiatry* 34 (2011) 99 - 108.
- Collins, T. R. (2010). The relationship between stress coping abilities and potential violence of male inmates. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 3922-3922. Retrieved from [http://search.proquest.com/docview/853490268?](http://search.proquest.com/docview/853490268?accountid=14478)  
accountid=14478. (853490268; 2010-99240-140).
- Colsher, Patricia L., Robert B. Wallace, Paul L. Loeffelholz, and Marilyn Sales (1992). Health status of older male prisoners: A comprehensive survey.' *American Journal of Public Health* 82(6): 881 – 884.
- Colvin, M. (2007). Applying differential coercion and social support theory to prison organizations: The case of the Penitentiary of New Mexico. *The Prison Journal*, 87, 367-387.
- Compadre, A. (1987): Las relaciones interpersonales en el mundo penitenciario. *Revista de Estudios Penitenciarios* No 101
- Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A., & Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*; *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 406.
- Cooke, Baldwin & Harrison (1990) *Psychology in prison*. Ed: Grahan towl
- Cooke, D. J., & Johnstone, L. (2010). Somewhere over the rainbow: Improving violence risk management in institutional settings. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 9(3), 150-158.
- Cooper, C., & Berwick, S. (2001). Factors affecting psychological well-being of three groups of suicide prone prisoners. *Current Psychology*, 20, 169-182
- Cooper, C., & Livingston, M. (1991). Depression and coping mechanisms in prisoners. *Work & Stress*, 5(2), 149-154.
- Cordilia, A. T. (1981). The making of a prison inmate: Prison as a way of life. *Dissertation Abstracts International*, , 399-399. Retrieved from [http://search.proquest.com/docview/](http://search.proquest.com/docview/616690095?accountid=14478)  
616690095?accountid=14478. (616690095; 1982-53338-001).

Cornum, R., Matthews, M. D., & Seligman, M. E. P. (2011). Comprehensive soldier fitness: Building resilience in a challenging institutional context. *American Psychologist*, 66(1), 4-9.

Correia, K. M. (2001). *A handbook for correctional psychologists: Guidance for the prison practitioner*. Springfield, IL, US: Charles C. Thomas Publisher.

Corsini, S., & Rimé, B. (2004). *Everyday emotional events and basic beliefs*. Unpublished doctoral dissertation, University of Louvain at Louvain-la-Neuve, Belgium.

Costa, M. & López, E. (2008). La perspectiva de la potenciación en la intervención psicológica. En *Psicología Positiva Aplicada*, Vázquez, C. Y Hervás, G. (ed). Ed: Descleé de Brower

Cox, V. C., Paulus, P. B., McCain, G., & Karlovac, M. (1982). The relationship between crowding and health. In A. Baum & J. P. Singer (Eds.), *Advances in environmental psychology* (Vol. 4, pp. 271-294). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Craske, M. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?* Elsevier: Oxford.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper Collins.

Csikszentmihalyi, M. (1997). Flow and education. *NAMTA journal*, 22(2), 2-35.

(Coord.), *Emociones Positivas* (pp. 181- 193).

mide.

Csikszentmihalyi, M., & Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4(2), 185-199.

Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva Subjective Well-being: Towards a Positive Psychology. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96.

Cummins, R. A., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 37-69.

Cunningham, M. D., & Sorensen, J. R. (2007). Predictive factors for violent misconduct in close custody. *The Prison Journal*, 87, 241-253.

Cunningham, M. D., Sorensen, J. R., Vigen, M. P., & Woods, S. O. (2011). Correlates and actuarial models of assaultive prison misconduct among violence-predicted capital offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 38(1), 5-25.

Dagenais-Desmarais, V. & Savoie, A. (2011). What is Psychological Well-Being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies*, 2011. Doi 10.1007/s10902-011-9285-3

Daghestani, A. N., Dinwiddie, S. H., & Hardy, D. W. (2001). Antisocial personality disorders in and out of correctional and forensic settings. *Psychiatric Annals*, 31(7), 441-446.

Dahlen, K., & Johnson, R. (2010). The humanism is in the details: An insider's account of humanistic modifications to a cognitive-behavioral treatment program in a maximum-security prison. *The Prison Journal*, 90(1), 115-135.

Dalbert, C., Lipkus, I. M., Sallay, H., & Goch, I. (2001). A just and an unjust world: Structure and validity of different world beliefs. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 561-577.

Daniels, J. B. (2009). Writing as a coping mediator between psychological and physical health. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, , 1338-1338. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622076344?accountid=>

14478. (622076344; 2009-99160-114).

Davidson, J. R., Rothbaum, B. O., van der Kolk, B. A., Sikes, C. R., & Farfel, G. M. (2001). Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 485.

Da  
: De Gruyter.

Davies, H., & Flannery, D. (1998). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to violence. *Pediatric Clinics of North America*, 45, 341-353

Day, A., & Doyle, P. (2010). Violent offender rehabilitation and the therapeutic community model of treatment: Towards integrated service provision? *Aggression and Violent Behavior*, 15(5), 380-386.

de Jonge, J., Dormann, C., Janssen, P. P. M., Dollard, M. F., Landeweerd, J. A., & Nijhuis, F. J. N. (2001). Testing reciprocal relationships between job characteristics and psychological well-being: A cross-lagged structural equation model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74(1), 29-46.

de Viggiani, N. (2007). Unhealthy prisons: Exploring structural determinants of prison health. *Sociology of Health & Illness*, 29(1), 115-135.

Dear, G. E., Thomson, D. M., Hall, G. J., & Howells, K. (1998). Self-inflicted injury and coping behaviours in prison. In R. J. Kosky, H. S. Eshkevari, R. D. Goldney & R. Hassan (Eds.), *Suicide prevention: The global context*. (pp. 189-199). New York, NY, US: Plenum Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 14.

DeHart, D. D., Smith, H. P., & Kaminski, R. J. (2009). Institutional responses to self-injurious behavior among inmates. *Journal of Correctional Health Care*, 15(2), 129-141.

Demerath, P., Lynch, J., & Davidson, M. (2008). Dimensions of psychological capital in a U.S. suburb and high school: Identities for neoliberal times. *Anthropology & Education Quarterly*, 39(3), 270-292.



Demerouti, E. , Bakker, A., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. (2001) The Job Demands – Resources Model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499 -512.

Derogatis, L. (1993) *Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring, and Procedures Manual*, 3rd ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Desmond, Ann M. (1991) The relationship between loneliness and social interaction in women prisoners. *Journal of Psychosocial Nursing* 29(3):5 – 10.

-Rey, F.L (2005). *Conversación con el psicólogo cubano Fernando González Rey*. Univ. Psychol. vol.4 no.3 Bogotá Dec. 2005

Diaz, D; Rodriguez-Carvajal, R.; Blanco, A.; Moreno-Jimenez, B.; Gallardo; Valle Van Dierendonck, D.; (2006) Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, v87 n3 p473-479

Díaz, D., & Blanco, A. (s.f). *Violencia Colectiva Y Creencias Básicas Sobre El Mundo, Los Otros Y El Yo. Impacto Y Reconstrucción*. Disponible en [www.ehu.es](http://www.ehu.es)

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 28, 225–243.

Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. En H. Grad, A. Blanco y J. Georgas (Eds.). *Key issues in cross-cultural psychology*. Lisse, Netherlands: Swets y Zeitlinger B.V.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.

Diener, E. (2009). Subjective well-being. *The science of well-being*, 11-58.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Diener, E. y Larsen,R.J. (1993). The experience of emotional well-being. En M.Lewis y J.M.Haviland (Eds.). *Handbook of Emotions*. New York: Guilford Press.

Diener, E., Lucas, R.E. y Scollon, C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.

Dietrich, A. (2003). Characteristics of child maltreatment, psychological dissociation, and somatoform dissociation of canadian inmates. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 81-100.

Dietrich, A. M. (2004). PTSD and associated features as predictors of revictimization and perpetration with samples of adults abused during childhood. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 6325-6325. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620620891?accountid=14478>. (620620891; 2004-99012-214).

- Dignam, J., & Fagan, T. J. (1996). Workplace violence in correctional settings: A comprehensive approach to critical incident stress management. In G. R. VandenBos, & E. Q. Bulatao (Eds.), *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions*. (pp. 367-384). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Dipboye, R. L., Gaugler, B. B., Hayes, T. L., & Parker, D. (2001). The validity of unstructured panel interviews: More than meets the eye? *Journal of Business and Psychology*, 16(1), 35-49.
- Dougall, A. L., & Baum, A. (2001). Stress, health, and illness. *Handbook of health psychology*, 321-337.
- Douglas, C. I. (1985). *The crisis of imprisonment: Coping with stress adjustment to forced separation*. ProQuest Information & Learning). Dissertation Abstracts International, 45 (9-B) (Electronic; Print)
- Dowden, C., & Tellier, C. (2004). Predicting work-related stress in correctional officers: A meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*, 32(1), 31-47.
- Drapalski A, Youman K, Stuewig J. and Tangney J., (2009) Gender differences in jail inmates' symptoms of mental illness, treatment history and treatment seeking. *Criminal Behaviour and Mental Health* 19: 193–206
- Drury, A. J., & DeLisi, M. (2010). The past is prologue: Prior adjustment to prison and institutional misconduct. *The Prison Journal*, 90(3), 331-352.
- Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. P. (2006). Self-discipline gives girls the edge: Gender in self-discipline, grades, and achievement test scores. *Journal of Educational Psychology*, 98(1), 198-208.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 629-651.
- Dunn, G.E., Ryan, J.J., & Dunn, C.E. (1994). Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 357-360
- Dutton, D.G. (1995). Trauma symptoms and PTSD-like profiles in perpetrators of intimate violence. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 299-316.
- Dye, M. H. (2010). Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*, 38(4), 796-806.
- Edwards, W. T. (2008). How do variations in social support resources of prisoners correlate with psychological distress? *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, , 1995-1995. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621751406?accountid=14478>. (621751406; 2008-99210-361).
- El-Bassel et al. (1996) Correlates of crack abuse among drug-using incarcerated women: Psychological trauma, social support, and coping behavior. *American Journal of Drug Abuse* 22(1):41 – 56.

Elger, B. (2009). Prison life: television, sport, work, stress and insomnia in a remand prison. *International Journal of Law and Psychiatry* 32 (2009) 74 - 83.

Elger, B. S. (2004). Prevalence, types and possible causes of insomnia in a swiss remand prison. *European Journal of Epidemiology*, 19(7), 665-677.

Ellis, D., Grasmick, H. G., & Gilman, B. (1974). Violence in prisons: A sociological analysis. *American Journal of Sociology*, 80, 16-43.

Enigk de Moose, J. (2010). Rehabilitation revisited: Treating the traumatized violent offender. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, , 2682-2682. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/819633279?accountid=14478>. (819633279; 2010-99200-391).

Ensel, Walter M. and Nan Lin (1991) The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior* 32:321 – 341.

Eshkevari, R. D. Goldney y R. Hassan (Eds.), *Suicide Prevention. The Global Context.* (pp. 131- 137). New York: Plenum Press.

Esposito, M. (2010). The health of italian prison inmates today: A critical approach. *Journal of Correctional Health Care*, 16(3), 230-238.

Evans, C. (2010). The trauma of being violent. In G. J. Towl, & D. A. Crighton (Eds.), *Forensic psychology.* (pp. 329-345). Wiley-Blackwell.

Evans, D. L., Foa, E. B., Gur, R. E., Hendin, H., O'Brien, Seligman, M. (Eds.). (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know: A research agenda for improving the mental health of our youth.* New York, NY, US: Oxford University Press.

Eysenck, H. J. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Eytan, A., Haller, D. M., Wolff, H., Cerutti, B., Sebo, P., Bertrand, D., et al. (2011). Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in switzerland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 13-19.

Falissard, B., Loze, J., Gasquet, I., Duburc, A., de Beaurepaire, C., Fagnani, F., et al. (2006). Prevalence of mental disorders in french prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6, 33-33.

, 2. Xunta de Galicia.

Farmer, J. A. (1988). Relationship between job burnout and perceived inmate exploitation of juvenile correctional workers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32(1), 67-73.

- Farrell, A. C. (2008). Targeting the positive: The role of positive psychology in the prediction of inmate adjustment in a canadian federal prison for women. ProQuest Information & Learning). Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 69 (1-B) (Electronic; Print)
- Farrington, D. P. (2010). The developmental evidence base: Psychosocial research. In G. J. Towl, & D. A. Crighton (Eds.), *Forensic psychology*. (pp. 113-132). Wiley-Blackwell. xv: 458 pp.
- Fatoye, F. O., Fatoye, G. K., Oyebanji, A. O., & Ogunro, A. S. (2006). Psychological characteristics as correlates of emotional burden in incarcerated offenders in nigeria. *East African Medical Journal*, 83(10), 545-552.
- Fazel S, y Danesh J. (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002 Feb 16;359(9306):545-50.
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956-965.
- Felton, B.J. y Revenson, T.A.(1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Fernández Aguado, J. (2009). Resolver una crisis: el ejemplo de César Octavio Augusto. *Capital Humano*, (237), 52-58.
- Finney, J. W., & Moos, R. H. (1991). The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 52(1), 44.
- Fishbein, D., Sheppard, M., Hyde, C., Hubal, R., Newlin, D., Serin, R., et al. (2009). Deficits in behavioral inhibition predict treatment engagement in prison inmates. *Law and Human Behavior*, 33(5), 419-435.
- Flanagan, T. J. (1995). *Adaptation and adjustment among long-term prisoners*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Flanagan, T. J. (1995). *Long-term imprisonment: Policy, science, and correctional practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Flannery, D., Singer, M., Van Dulmen, M., Kretschmar, J., & Belliston, L. (2007). Exposure to violence, mental health and violent behavior. In D. J. Flannery, A. Vazsonyi, & I. Waldman (Eds.), *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression* (pp. 306-321). New York, NY: Cambridge University Press.
- Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jimenez,B. (2005) *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. En Moreno – Jiménez, B.; Garrosa Hernández, E.; Gálvez Herrer, M *Personalidad Positiva y Salud* (pp59-76) Bogotá: ALAPSA.
- Fogel, C. (1993) Hard times: The stressful nature of incarceration for women. *Issues in Mental Health Nursing* 14:367 – 377.

- Fogel, C. and Martin S. (1992) The mental health of incarcerated women. *Western Journal of Nursing Research* 14(1):30 – 47.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207-1221.
- Forde, H. A. (2005). Evaluation of a stress inoculation training program at an ohio male correctional institution. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (5-B) (Electronic; Print)
- Franklin, T. W., Franklin, C. A., & Pratt, T. C. (2006). Examining the empirical relationship between prison crowding and inmate misconduct: A meta-analysis of conflicting research results. *Journal of Criminal Justice*, 34, 401-412.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American scientist*, 330-335.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological science*, 13(2), 172-175.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of personality and Social Psychology*, 84(2), 365.
- Freier, M. E. (2005). Psychiatric reactivity to super maximum security prison environmental stress and protocol to identify prisoners with serious mental illness. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 1168-1168. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621049675?accountid=14478>. (621049675; 2005-99016-294).
- Friedman, P, Melnick, G, Jiang, L. & Hamilton, Z. (2008). *Behavior Science* 26 (84) 389 - 401.
- Friestad, C., & Hansen, I. L. S. (2005). Mental health problems among prison inmates: The effect of welfare deficiencies, drug use and self-efficacy. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 6(2), 183-195.
- Friestad, C., & Kjelsberg, E. (2008) Drug use and mental health problems among prison inmates- results from a nation-wide prison population study. *Nord J. Psychiatry* 63 (2009) 237 - 245
- Fritch, A. M. (2007). Trauma, coping, and health in incarcerated women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 4129-4129. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622054474?accountid=14478>. (622054474; 2007-99240-354).
- Frydenberg, E.; Lewis, R. (1997) ACS: Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. Adaptación española de Jaime Perena y Nicolás Seisdedos. [ACS: Adolescent Coping Scale (Spanish versión of Jaime Perena and Nicolás Seisdedos)]. Madrid: TEA, 1997.

Gaes, G. G., & McGuire, W. (1985). Prison violence: The contribution of crowding versus other determinants in prison assault rates. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 41-65.

Gallagher, E. M. (1990). Emotional, social, and physical health characteristics of older men in prison. *The International Journal of Aging & Human Development*, 31(4), 251-265.

Galvan J.; Romero, M.; Rodriguez E.; Durand, A.; Colmenares, E. y Saldivar, G. (2006) La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 3, mayo-junio.

García-Borés, J. M. (1998) La cárcel. En A. Aguirre & A. Rodríguez (Eds.) *Patios abiertos y patios cerrados: psicología cultural de las instituciones*. (pp. 93-117) México: Alfaomega.

García-Marijuán, J. A. (1997). Programas de prevención de suicidios en prisión. En M. Clemente & J. Nuñez (Eds.) *Psicología Jurídica Penitenciaria Vol II*. (pp. 199- 213) Madrid: Fundación Universidad Empresa.

García-Viniegras, C. R., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.

García, C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 166-185.

). Madrid: UNED.

Garrido, V., Redondo, S., & Pérez, E. (1989). El tratamiento de delincuentes institucionalizados: El programa de competencia psicosocial en la prisión de jóvenes la trinidad de Barcelona. / the treatment of institutionalized offenders: The psychosocial competence program in the trinidad prison for youth in barcelona. *Delincuencia*, 1(1), 37-57.

. Papeles de

, 48. Disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=475>

Areces. Garrido, V., Stangeland, y Redondo, S. (1999). *Principios de Psicología Jurídica Penitenciaria*. Valencia: Tirant lo Blanch.

(vol. I) (Tirant Lo Blanch)

Garrido, V., Stangeland, P. Y Redondo, S. (1999) *Principios de Criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.

: el enfoque de la competencia social. Valencia: Tirant lo Blanch.

Gendreau, P., Goggin, C.E., & Law, M.A. (1997). Predicting prison misconducts. *Criminal Justice and Behavior*, 24, 414-431.

Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (2006). A MetaAnalysis Of The Predictors Of Adult Offender Recidivism: What Works!. *Criminology*, 34(4), 575-608.

Gensheimer, L.K, Mayer, J.P., Gottschalk, R., y Davidson II, W.S. (1986). Diverting Youth from the Juvenile Justice System: A Meta-Analysis of Intervention Efficacy. En S.Apter and A. Goldstein (eds.): *Youth Violence: Program and Prospects*. New York: Pergamon Press.

Gibbs, J. (1982a) Disruption and distress: Going from the street to jail. In N. Parisi (ed.), *Coping With Imprisonment*: 29 – 44.

Gibson, L. E., Holt, J. C., Fondacaro, K. M., Tang, T. S., Powell, T. A., & Turbitt, E. L. (1999). An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 473-484.

Gilboa, S., Shirom, A., Fried, Y., & Cooper, C. (2008). A meta-analysis of work demand stressors and job performance: Examining main and moderating effects. *Personnel Psychology*, 61(2), 227-271.

Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatté, A. J., Samuels, B., et al. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the penn resiliency program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 9-19.

Gillham, J., Adams-Deutsch, Z., Werner, J., Reivich, K., Coulter-Heindl, V., Linkins, M., et al. (2011). Character strengths predict subjective well-being during adolescence. *The Journal of Positive Psychology*, 6(1), 31-44.

Gilliard, Darrell K. and Allen J. Beck 1998 *Prison and Jail Inmates at Midyear 1997*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

Goff, A., Rose, E., Rose, S., & Purves, D. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(3), 152-162.

Goffman, E. (1984). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu

. Amorrortu.

González Barrón, R., Montoya Castilla, I., Bernabeu Verdú, J., & Casullo, M. M. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.

González Rey, F. (1985). *Psicología de la p*

. La Habana.

. La Habana

. Editorial Colegio d

: Thomson

González Rey, F. (1998) ó Subjetividad , sujeto y construcción del conocimiento: el aprendizaje desde otra óptica. Linhas Críticas. Vol4, Números 7 - 8 . Revista da Faculdade de Educacáo. Universidade de Brasilia.

- cultural. Ed: Universidad de Ia Habana

González Rey, F. (1999) Personality, Subject and Human Development : The Subjective Character of Human Activity. In Activity Theory and Social Practice. Edited by S. Chaiklin, M. Hedegaard and U.J.Jensen. Aarhus University Press. Denmark

Thomson.

. Contrapontos, Ano I, n. 2.

González Rey, F. (2002). Sujeto y subjetivida - , Editora Thomson

).

González Rey, F. (2007). As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evoluc diferenciaca - , 24, 1o sem. de 2007, pp. 155-179

-modernidade. Uma aproximac - -

, Thomson.

González Rey, F. (2007a). Os Sentidos Subjetivos e as Configurac . No prelo.

González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. Diversitas vol.4 no.2 Bogotá July/Dec. 2008

Gonzalez, Montoya, Casullo y Bernabeu (2002) Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Psicothema, 14(2), 363-368

González, J, L; Peñacoba, C ; Gallardo, C; Moreno-Jimenez, B; y Garrosa, E. (2002) Salud laboral. En Gil de Miguel, A. (Ed) Intervención Preventiva en Salud Pública. Madrid: Fundación de Estudios y Formación sanitaria.



- Goodstein, L., & Wright, K. (1989). Inmate adjustment to prison. In L. Goodstein & D. L. MacKenzie (Eds.), *The American prison: Issues in research and policy* (pp. 229-252). New York: Plenum.
- Gremigni, P., Del Bene, S., & Tossani, E. (2010). Condizione post-traumatica e disagio/benessere psicologico in un gruppo di detenuti: Un'analisi dei cluster. / post-traumatic condition and psychological distress/well-being in a sample of inmates: A cluster analytic approach. *Rivista Di Psichiatria*, 45(4), 244-253.
- Greve, W., & Enzmann, D. (2003). Self esteem maintenance among incarcerated young males: Stabilization through accommodative processes. *International Journal of Behavioral Development*, 27(1), 12-20.
- Griffith, M.A. Dubow, E.C. y Ippolito, M.F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (2),183-204.
- Grisso, T. (1986). *Evaluating competences: Forensic assessments and instruments*. New York: Plenum Press
- Grossi, E., Tavano, G., Luigi, P. And Buscema, M. (2011). The interaction between culture, health and psychological well-being: data mining from the Italian culture and well-being project. *Journal of Happiness Studies*.
- Gullone, E., Jones, T., & Cummins, R. (2000). Coping styles and prison experience as predictors of psychological well-being in male prisoners. *Psychiatry, Psychology and Law*, 7(2), 170-181.
- Gunn J, Maden A, Swinton M. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *B,J* 1991;303:338-41
- Gunter TD, Arndt S, Wenman G, Allen J, Loveless P, Sieleni B, Black DW. (2008). Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-Plus. *Journal American Academic Psychiatry Law*. 2008;36(1):35-7.
- Gunter, T. D., Chibnall, J. T., Antoniak, S. K., McCormick, B., & Black, D. W. (2012). Relative contributions of gender and traumatic life experience to the prediction of mental disorders in a sample of incarcerated offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(5), 615-630. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/bsl.2037>
- Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Pieper, C. F., Leveille, S. G., Markides, K. S., Ostir, G. V., ... & Wallace, R. B. (2000). Lower extremity function and subsequent disability consistency across studies, predictive models, and value of gait Speed alone compared with the short physical performance battery. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(4), M221-M231.
- Gutiérrez, C. (1997) El ingreso del interno en prisión y su clasificación penitenciaria. En M. Clemente & J. Nuñez (Eds.) *Psicología Jurídica Penitenciaria*. Vol. I. (pp. 221-244) Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Haggård-Grann, U., Hallqvist, J., Långström, N., & Möller, J. (2006). Short-term effects of psychiatric symptoms and interpersonal stressors on criminal violence: A case-crossover study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(7), 532-540.

- Haney, C. (2002) The psychological impact of incarceration: implications for post-prison adjustment. Working paper prepared for the "From Prison to Home" conference (January 30-31, 2002).
- Haney, C. (2006). Overcrowding and the situational pathologies of prison. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological assessment*, 21(1), 1.
- Harding, T. W., & Zimmermann, E. (1989). Psychiatric symptoms, cognitive stress and vulnerability factors: A study in a remand prison. *British Journal of Psychiatry*, 155, 36-43.
- Harris, H. N., & Valentiner, D. P. (2002). World assumptions, sexual assault, depression, and fearful attitudes toward relationships. *Journal of interpersonal violence*, 17(3), 286-305.
- Harris, J. W. (1993). Comparison of stressors among female vs. male inmates. *Journal of Offender Rehabilitation*, 19(1-2), 43-56.
- Haugebrook, S., Zgoba, K. M., Maschi, T., Morgen, K., & Brown, D. (2010). Trauma, stress, health, and mental health issues among ethnically diverse older adult prisoners. *Journal of Correctional Health Care*, 16(3), 220-229.
- Hawkins, M. A., Alexander, C. N., Travis, F. T., Camelia, C. R. T., Walton, K. G., Durchholz, C. F., et al. (2003). Consciousness-based rehabilitation of inmates in the netherlands antilles: Psychosocial and cognitive changes. *Journal of Offender Rehabilitation*, 36(1-4), 205-228.
- Hayes, L. M. (1995). Prison suicide: A overview and a guide for intervention. Washintong: National Center on Institutions and Alternatives.
- Helliwell, J.F (2011). Institutions as enablers of wellbeing: the Singapore Prison case study. *International Journal of Wellbeing*, 1(2), 255-265.
- Hemmens, C. T. (1998). Life in the joint and beyond: An examination of inmate attitudes and perceptions of prison, parole, and self at the time of release. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59 (4-A)
- Hernández M, Herrera R. (2003) La atención a la salud mental de la población reclusa. AEN Estudios. Madrid
- Hernández-Fernández, T. y Arroyo-Cobo J.M.. (2010) Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Rev. esp. sanid. penit.* [online]. Vol.12, n.3, pp. 86-90.
- Herrera C, Expósito F. (2010). Una vida entre rejas: aspectos psicosociales de la encarcelación y diferencias de género. *Intervención psicosocial*, 19 (3), 235 - 241.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 66(23), 3.

Hilton, N. Z., Harris, G. T., & Rice, M. E. (2010). *Assessing the risk of future violent behavior*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Hobbs, G. S., & Dear, G. E. (2000). Prisoners' perceptions of prison officers as sources of support. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31(1-2), 127-142.

Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2001). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (2nd. ed, rev. ed and, exp.ed.). (pp. 57-80). New York, NY, US: Marcel Dekker.

Hochstetler, A., Murphy, D. S., & Simons, R. L. (2004). Damaged goods: Exploring predictors of distress in prison inmates. *Crime & Delinquency*, 50(3), 436-457.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social adjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

House J. S., Landis K., and Umberson D., (1988) Social relationships and health. *Science* 241:540 – 545.

Houston, J. G., Gibbons, D. C., Jones, J. F. (1988). Physical environment and jail social climate. *Crime & Delinquency*, 34, (4), 449- 466

Howerton, A., Byng, R., Campbell, J., Hess, D., Owens, C., & Aitken, P. (2007). Understanding help seeking behaviour among male offenders: Qualitative interview study. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7588), 303-303.

Huang G, Zhang Y, Momartin S, Cao Y, Zhao L. (2006) Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in female prisoners in China. *Compr Psychiatry*. 2006 Jan-Feb;47(1):20-9.

Huppert, F. A. (2010). *Psychological wellbeing: Evidence regarding its causes and consequences* Wiley-Blackwell.

. AVEPSO. Caracas.

, 2, 17-30

Valencia: Promolibro.

Inga Aranda, J., & Vara Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 475-486.

y total nacional. Agosto 2005.

Ireland, J. L., Boustead, R., & Ireland, C. A. (2005). Coping style and psychological health among adolescent prisoners: A study of young and juvenile offenders. *Journal of Adolescence*, 28(3), 411-423.

Jackson, J. (2003). Outcome research with high-risk inmates. *The Behavior Therapist*, 26(1), 215-216.

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

James, D.J., & Glaze, L.E. (2006). *Mental health problems of prison and jail inmates*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.

Janoff-Bulman, R. (1989). The benefits of illusions, the threat of disillusionment, and the limitations of inaccuracy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8 (2). 158 - 175.

Janoff-Bulman, R. (1989b). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition* 7 (2), 111-136

Jeglic, E. L., Maile, C., & Calkins-Mercado, C. (2011). *Treatment of offender populations: Implications for risk management and community reintegration*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Jenkins, S. S. (2009). *Informing therapeutic treatment and practice: A study of recovery histories of non-recidivists*. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 70 (2-B) (Electronic; Print)

Jiang, S., Fisher-Giorlando, M., & Mo, L. (2005). Social support and inmate rule violations: A multilevel analysis. *American Journal of Criminal Justice*, 30, 71-86

, E.M. y Bunce, D. ( 2006).

. Madrid: Biblioteca Nueva.

Johnson, R., & Toch, H. (Eds.). (1982). *The pains of imprisonment* (p. 317). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Johnson, S., Colvin, M, Haley, d & Flannery, D. (2011). Victimization, social support and psychological well-being. A study of recently released prisoners. *Criminal Justice and behavior*, 37 (10) 1140 - 1159.

Jones, D.A. (1976). *The health, risks and imprisonment*. Lexington, Massachussets, Lexington Books.

Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., & Caddell, J. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. II. convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 513-519.

Jornadas de Tratamiento Penitenciario 1a (1984). *Tratamiento Penitenciario su práctica*. Ed: Ministerio de Justicia, Escuela de Estudios Penitenciarios

Jornadas penitenciarias (1993). *Tratamiento penitenciario y derechos fundamentales*. Ed: J.M. Bosch

Kahneman, D. (1999). Objective happiness. In *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (ed. E. Diener, N. Schwarz, and O. Kahneman), pp. 3-27. Russell Sage Foundation, New York.

Kahneman, D., & Riis, J. (2005). Living, and thinking about it: two perspectives on life. *The science of well-being*, 285-304.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (2003). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation Publications.

Karasawa, M., Curhan, K. B., Markus, H. R., Kitayama, S. S., Love, G. D., Radler, B. T., & Ryff, C. D. (2011). Cultural perspectives on aging and well-being: A comparison of Japan and the United States. *The International Journal of Aging and Human Development*, 73(1), 73-98.

Karen M. Abram K, Teplin L., Charles D., Longworth S., McClelland G, and Dulcan M. (2004) Posttraumatic Stress Disorder And Trauma In Youth In Juvenile Detention. *Archives of General Psychiatry*,. 2004 April ; 61(4): 403–410.

Kasser, T. (1996). Aspirations and well-being in a prison setting. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(15), 1367-1377.

.F., Editorial

Manual moderno

Keaveny, M. E., & Zauszniewski, J. A. (1999). Life events and psychological well-being in women sentenced to prison. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(1), 73-89.

Kemeny, M. E. (2009). Psychobiological responses to social threat: evolution of a psychological model in psychoneuroimmunology. *Brain Behav Immun*, 23(1), 1-9.

Kessler, Ronald C. and Jane D. McLeod (1984) Sex difference in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review* 49:620 – 631.

Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539.

Keyes, C. L., & Waterman, M. B. (2003). *Dimensions of well-being and mental health in adulthood*. Ed: Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, xv, 601 pp.

Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.

Kilty, J. M. (2011). Tensions within Identity: Notes on how Criminalized Women Negotiate Identity through Addiction. Ed: *Aporia* 3(3):5-15.

Kilty, J. M. (2012). 'It's like they don't want you to get better': Psy control of women in the carceral context. *Feminism & Psychology*, 22(2), 162-182.

- Kimerling, R.; Ouimette, P. y Wolfe, J. (2002) *Gender and PTSD*. Guilford Press: New York.
- King, A. (1993) The impact of incarceration on African American families: Implications for practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services* 74:145 – 153.
- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicopatología en jóvenes presidiarios. *Releación con el tiempo de reclusión y situación penitenciaria*. *Acción psicológica*, 2003, 2 (3), 199 - 211
- Kirchner, T. y Mohino, S. (2003). Estrategias de coping y conducta autolesiva en jóvenes reclusos. *Revista de Psiquiatra de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 30 (2),77-85
- Kitayama, S, Karasawa, M. Curhan, k, Ryff, C. & Markus, H. (2010). Independence and interdependence predict health and wellbeing: divergent patterns in the united states and Japan. *Frontiers in Psychology* 1 (2010) 163.
- Kjelsberg, E., Hartvig, P., Bowitz, H., Kuisma, I., Norbeck, P., Rustad, A., et al. (2006). Mental health consultations in a prison population: A descriptive study. *BMC Psychiatry*, 6
- Klag, S., & Bradley, G. (2004). The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender. *British Journal of Health Psychology*, 9(2), 137-161.
- Kleftaras, G. & Psarra, E. (2012). Meaning in life, Psychological well-being and depressive symptomatology: acomparative study. *Psychology*, 3 (4) 337 - 345. doi: 10.4236/psych.2012.34048
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Sals (eds.) *Social psychology of health and illness* (pp.3- 32). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Komarovskaya, I. (2009). Trauma, PTSD, and the cycle of violence among incarcerated men and women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 3786-3786. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622089082?accountid=14478>. (622089082; 2009-99240-327).
- Koss, M. P., Bailey, J. A., Yuan, N. P., Herrera, V. M., & Lichter, E. L. (2003). Depression, PTSD, and health problems in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 130-142
- Kroner, D. G., Mills, J. R., Gray, A., & Talbert, K. O. N. (2011). *Clinical assessment in correctional settings*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Kubiak, S. P. (2004). The effects of PTSD on treatment adherence, drug relapse, and criminal recidivism in a sample of incarcerated men and women. *Research on Social Work Practice*, 14(6), 424-433.
- Kubiak, S. P., & Rose, I. M. (2007). Trauma and posttraumatic stress disorder in inmates with histories of substance use. In D. W. Springer, & A. R. Roberts (Eds.), *Handbook of forensic mental health with victims and offenders: Assessment, treatment, and research*. (pp. 445-466). New York, NY, US: Springer Publishing Co.

- Kunst, M. J. J., Bogaerts, S., & Winkel, F. W. (2009). Peer and inmate aggression, type D-personality and post-traumatic stress among dutch prison workers. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(5), 387-395.
- Kupers, T. A. (2008). What to do with the survivors? coping with the long-term effects of isolated confinement. *Criminal Justice and Behavior*, 35(8), 1005-1016.
- Kurowski, C.M y y Moreno-Jiménez,B (2002) A síndrome de burnout em funcionarios de instituições penitenciárias. En A.M. Benevides-Pereira, (Ed) *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. Casa do Psicólogo: Brasília.
- Lafortune, D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 94-100.
- Lahm, K. F. (2008b). Inmate-on-inmate assault: A multilevel examination of prison violence. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 120-137.
- Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451-476.
- Lang, J., Rodgers, C.S., Laffaye, C., Satz, L.E., Dresselhaus, T.R., & Stein, M.B. (2003). Sexual trauma, posttraumatic stress disorder, and health behavior. *Behavioral Medicine*, 28, 150-158
- Lang, S. (1995). Coping strategies among culturally diverse inmates. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 2871-2871. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618748788?accountid=14478>. (618748788; 1995-95021-063).
- Langan, N. P., & Pelissier, B. M. (2001). Gender differences among prisoners in drug treatment. *Journal of Substance Abuse*, 13(3), 291-301.
- Langan, N. P., & Pelissier, B. M. (2001). The effect of drug treatment on inmate misconduct in federal prisons. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34, 1-18.
- Lavoie, J. A. A., Connolly, D. A., & Roesch, R. (2006). Correctional officers' perceptions of inmates with mental illness: The role of training and burnout syndrome. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 5(2), 151-166.
- Lawrence, C., & Andrews, K. (2004). The influence of perceived prison crowding on male inmates' perception of aggressive events. *Aggressive Behavior*, 30(4), 273-283.
- Lazarus, R. S. (2001). *Estrés y Salud*. En Buendía, J. y Ramos, F. (Coord.), *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing
- Lazarus, R.S (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: Mc. Graw Hill.

- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1988). Coping as mediator of emotion, *Journal of personality and Social Psychology*, 54 (3), 466–475.
- Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Revista of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Leivovich, N. & Lores, M. R. (1994). Stress in prison: A daily hassles and uplifts scale. XVth International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, Madrid; 14-16 julio.
- Lekka, N. P., Paschalis, C., Papadourakis, A., & Beratis, S. (2003). Characteristics of inmates receiving prescribed benzodiazepines in a high-security greek prison. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 409-414.
- Lemos S. (1995). *Clasificac*  
, vol 1. Madrid: McGraw Hill.
- Lewis C. (2006). Treating incarcerated women: gender matters. *Psychiatric Clinical North America*. 2006 Sep;29(3):773-89.
- Liebling, A. (1992). *Suicides en prison*. London: Routledge.
- Lin, N., Dean A., and Walter E. (1986) *Social Support, Life Events, and Depression*. Orlando, FL: Academic Press.
- Lindquist CH (2000). Social integration and mental well-being among jail inmates. *Sociological Forum* 15 (3) 431 - 455
- Lindquist CH, Lindquist CA. (1997) Gender differences in distress: mental health consequences of environmental stress among jail inmates. *Behavioural Science Law*. 1997 Autumn;15(4):503-23.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress*, 17(1), 11-21.
- Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Joseph, S., Harrington, S., Peterson, C., et al. (2007). Character strengths in the united kingdom: The VIA inventory of strengths. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 341-351.
- Linley, P.A. & Joseph, S. (2009) *Toward a theoretical foundation for positive psychology in practice*. En Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2009). *Oxford handbook of positive psychology*. Oxford University Press, USA
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1998). *Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research*. Sage Publications, Inc.
- Listwan, S. J., Colvin, M., Hanley, D., & Flannery, D. (2010). Victimization, social support, and psychological well-being: A study of recently released prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 37(10), 1140-1159.



Listwan, S. J., Van Voorhis, P., Spruance, L. M., & Sperber, K. G. (2004). High anxiety offenders in correctional settings: It is time for another look. *Federal Probation*, 68(1), 43-50.

Livingston, G., & Gerson, R. (1982). The subjective experience of being cast from society. *Crime & Delinquency*, 28(4), 529-540.

Lluch Canut, M. (2000). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva.

Lobacheva, T., Asikainen, T., & Giesecke, J. (2007). Risk factors for developing tuberculosis in remand prisons in St. Petersburg, Russia—a case-control study. *European journal of epidemiology*, 22(2), 121-127.

Loh, W.D. (1981). Psycholegal research: past and present. *Michigan Law Review*, 79, 659- 707

Lohner, J., & Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 370-385.

Lombardo, L. X. (1982). Stress, change, and collective violence in prison. In R. Johnson & H. Toch (Eds.), *The pains of imprisonment* (pp. 77-93). Newbury Park, CA: Sage.

LONG, J., ALLWRIGHT, A.S. y BEGLEY, C. (2004). Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, 15(2);139-149.

Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.

Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Pedrotti, J. T. (2010). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage Publications, Incorporated.

Lo

:

De Gruyter.

Lugo-Stalker, M. I. (2002). Cross-cultural differences in coping styles in juvenile offenders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 536-536. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619947313?accountid=>

14478. (619947313; 2002-95014-175).

Lurigio, A. J., & Swartz, J. A. (2000). Changing the contours of the criminal justice system to meet the needs of persons with serious mental illness. *Criminal justice*, 3, 45-108.

Luszczynska, A., & Cieslak, R. (2005). Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: The moderating role of personality. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 18(3), 227-244.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2003). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.

Lyle, P. N. (2008). Adult males with childhood sexual experiences: The role of attachment and coping in psychological adjustment. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, , 1333-1333. Retrieved from <http://search.proquest.com>

/docview/621740198?accountid=14478. (621740198; 2008-99160-512).

Lyubomirsky, S., King, L  
success? Psychological Bulletin, 131, 803-855.

MacKenzie, D. L., & Goodstein, L. (1995). Long-term incarceration impacts and characteristics of long-term offenders. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

MacKenzie, D. L., Goodstein, L., & Blowin, D. (1987). Personal control and prisoner adjustment: An empirical test of a proposed model. Journal of Research in Crime and Delinquency, 24, 49-68

MacKenzie, D.L. (1987). Age and adjustment to prison: Interactions with age and anxiety. Criminal Justice and Behavior, 14, 427-447

Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to be resilient. In J. C. Thomas, D. L. Segal & M. Hersen (Eds.), Comprehensive handbook of personality and psychopathology, vol. 1: Personality and everyday functioning. (pp. 306-321). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Maddux, J, Snyder, C.R. & López, S. (2009). Toward a positive clinical psychology: deconstructing the illness ideology and deconstructing an ideology of human strengths and potential. En Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2009). Oxford handbook of positive psychology. Oxford University Press, USA

Maden, T., Swinton, M., & Gunn, J. (1994). Psychiatric disorder in women serving a prison sentence. British Journal of Psychiatry, 164, 44-54.

Manuel, L., & Retzlaff, P. D. (2002). Psychopathology and tattooing among prisoners. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 46(5), 522-531.

Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. Social science and medicine, 44(6), 901.

Martínez de Serrano, B. (2007). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de los recursos psicológicos: inventario de recursos psicológicos – 77 ítems (irp-77). Tesis Doctoral.

Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. The Public Interest, 35, 22-54.

Massoglia, M. (2008). Incarceration as exposure: The prison, infectious disease, and other stress-related illnesses. Journal of Health and Social Behavior, 49(1), 56-71.

Masuda, M., Cutler, D. L., Hein, L., & Holmes, T. H. (1978). Life events and prisoners. Archives of General Psychiatry, 35(2), 197-203.

- Mattlin, J., Wethington, E. y Kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31,103-122.
- McClure, S. E. (2009). Co-occurring trauma and substance use disorders with criminal offenders. In A. Browne-Miller (Ed.), *The praeger international collection on addictions, vol 2: Psychobiological profiles.* (pp. 61-77). Santa Barbara, CA, US: Praeger/ABC-CLIO.
- McDonald, D. y Thomson, N.J. (1993). Australian deaths in custody, 1980-1989. *The Medical Journal of Australia*, 159, 581-585.
- McKay, H.B., Jaywardene, C.H. y Reddie, P.B. (1979). *The effects of long term incarceration and a proposed strategy for future research.* Ottawa, Ontario. Solicitor General of Canada.
- McLeod, J. D., & Owens, T. J. (2004). Psychological well-being in the early life course: Variations by socioeconomic status, gender, and race/ethnicity. *Social Psychology Quarterly*, 67(3), 257-278.
- McMahon, D. (2006). *The pursuit of happiness – A history from the Greeks to the present.* Penguin Books: London et al.
- McMurrin, M., & Christopher, G. (2009). Social problem solving, anxiety, and depression in adult male prisoners. *Legal and Criminological Psychology*, 14(1), 101-107.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 863-869.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132(3), 327-353.
- Melamed, S., Ugarten, U., Shirom, A., Kahana, L., Lerman, Y., & Froom, P. (1999). Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(6), 591-598.
- Meltzer, H. (2010). *The mental ill-health of prisoners.* Ed. Wiley-Blackwell.
- Michielsen, H. J., De Vries, J., & Van Heck, G. L. (2003). In search of personality and temperament predictors of chronic fatigue: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 1073-1087.
- Mikulic, I. & Crespi, M. (2003): Resiliencia y Calidad de Vida: Nuevos aportes par la evaluación psicológica en contexto carcelario, XI Anuario de Investigaciones.
- Mikulic, I., & Crespi, M. (2004). Contexto carcelario: un estudio de los estresores y las respuestas de afrontamiento en detenidos primarios y reincidentes. Facultad de psicología- UBA / Secretaría de Investigaciones / XII Anuario de Investigaciones /Año 2004, pp. 211- 218
- Miller, L. (2010). Review of handbook of violence risk assessment. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12(2), 143-144.

Millner, U. C. (2012). Review of positive psychology: The science of happiness and human strengths. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 355-356. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/35.4.2012.355.358>

Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2005). Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the depression, hopelessness and suicide screening form (DHS). *Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 1-12.

Milner, J. S., & Dopke, C. (1997). Child physical abuse: Review of offender characteristics. In D. A. Wolfe, R. J. McMahon & R. D. Peters (Eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan*. (pp. 27-54). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

, 15(2).

necesidades y demandas de las mujeres presas, Madrid.

Mohino, S., Kirchner, T., & Forns, M. (2004). Coping strategies in young male prisoners. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1), 41-49.

Moloney KP, van den Bergh BJ, Moller LF. (2009) Women in prison: the central issues of gender characteristics and trauma history. *Public Health*. 2009 Jun;123(6):426-30. Epub 2009 Jun 2.

Montanari, R., Vasconcellos, S. R., Duvall, B., & Mason, T. R. (1982). Coping with prison life. *Crime & Delinquency*, 28(4), 514-528.

Mooney, J. L., Minor, K. I., Wells, J. B., Leukefeld, C., Oser, C. B., & Tindall, M. S. (2008). The relationship of stress, impulsivity, and beliefs to drug use severity in a sample of women prison inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(6), 686-697.

Moos, R.H. (1993). *Coping Responses Inventory. CRI- Adult Form Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

Moreno- Jiménez, B. y Garrosa, E. ( ) La evaluación de los trastornos de personalidad. En V. Caballo (Ed) *Trastornos de personalidad*. (En prensa)

Moreno-Jimenez, B, Garrosa, E. Y Gonzalez, J.L (2000). Desgaste profesional sanitario de enfermería. Validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos laborales*, 3(1), 18-28pp.

Moreno-Jimenez, B, Garrosa, E. Y Gonzalez, J.L (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, (1), 331-349

Moreno-Jimenez, B, Garrosa, E. Y Gonzalez, J.L (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, pp 64-77

Moreno-Jimenez, B, Garrosa, E. Y Gonzalez, J.L (2001). Desgaste profesional, personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. ramos(Eds) *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide. pp 59-84

- Moreno-Jimenez, B.; Gonzalez, J.L. Y Garrosa, E. (1999) Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. Coherencia y burnout. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica,(4), 3, pp.163-180.
- Moreno-Jimenez, B; Bustos,R.; Matallana,A. y Miralles,T. (1997) La evaluación del burnout. Problemas y alternativas: validación del CBB. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones.13,2,pp 185-207.
- Moreno-Jimenez, B; Rodriguez-Carvajal, R Y Escobar, R. (2001) . La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. Ansiedad y estrés. 2001,7 (1), 69-77pp
- Moreno-Jiménez, B. (1997). Evaluación Cognitiva de la Personalidad. En G. Buela Casal y J. Sierra (Eds.), Manual de Evaluación Psicológica. Madrid: SigloXXI.
- Moreno-Jimenez, B. (2000) Psicociología. En Castejón, E. y col. Prevención de Riesgos laborales. Barcelona: Universidad Politécnica de Catalunya (CD) 135pp.
- Moreno-Jimenez, B. (2011). Los recursos de la personalidad. Marco contextual: la perspectiva salutogénica y la psicología positiva. En Herrer, M. G., Jiménez, B. M., & Adán, J. C. M. (2011). El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas. pp 109 -135. ed: Editorial Díaz de Santos, SA.
- Moreno-Jiménez, B. y Garrosa E. (Dir) (2002) Las condiciones de Salud Laboral en el colectivo de: Trabajadores de enseñanza de la Comunidad de Madrid. Fundación Prevención de Riesgos Laborales. Madrid. UGT. 168pp
- Moreno-Jimenez, B. Y Ximenez,C. (1996) La evaluación de la calidad de vida. En G. Buela., V. Caballo y J.C. Sierra (Eds.) Manual de Evaluación en psicología Clínica y de la salud. Madrid: Ed Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez, B., Alonso, M. y Alvarez, E. (1997). Sentido de la Coherencia, Personalidad Resistente, Autoestima y Salud. Psicología de la Salud, 9, (2).
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y Gálvez (2005). Personalidad Positiva y Salud. En Flores-Alarcon, Mercedes Botero M. y Moreno-Jimenez B. (2005) Psicología de la Salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica. (pp.59-76) Bogotá: Alapsa.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. Coherencia y burnout. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica (4), 3, pp. 163-180.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2000). Personalidad Resistente, Burnout y Salud. Escritos de Psicología, 4, pp. 64-77.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2001). Variables de personalidad y proceso del burnout: Personalidad Resistente y Sentido de la Coherencia. Revista Interamericana de Psicología Ocupacional. Vol. 20, (1), pp. 1-18.
- Moreno-Jimenez,B Y Peñacoba,C. (1999) El Estrés asistencial de los servicios de salud. En M.A. Simón (Ed), Manual de Psicología de la salud. Siglo XXI pp. 739-764.

Moreno-Jimenez,B; Garrosa, E; Benavides, A., Gálvez M; (2003) Estudios transculturales del burnout: Los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombiana de Psicología* , 12, pp 9-18.

Moreno-Jimenez,B. (1996). La construcción social de la personalidad. En A. Fierro (Ed). *Manual de Psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós

Moreno-Jimenez,B. Y Peñacoba,C. (1996) El sujeto cognitivo. En A. Fierro (Ed). *Manual de Psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

Moreno-Jimenez,B; Garrosa, E. Y González, J.L. (2000). La evaluación específica de los procesos de burnout: burnout del profesorado y de enfermería. *Revista Interamericana de psicología ocupacional (Colombia)*. Vol, 20, n 1, pp 36-54

Moreno-Jimenez,B; Garrosa, E. Y González, J.L. (2000). Variables de personalidad y proceso del burnout. Personalidad Resistente y sentido de coherencia. *Revista Interamericana de psicología ocupacional (Colombia)*. Vol 20, n 1, pp 1-18.

Moreno-Jimenez,B; Garrosa, E. Y González, J.L. (2002). Variables sociodemográficas en el proceso de Desgaste Profesional de enfermería. *Rol de enfermería*. 25,11, 18-26.

Moreno,B.; González, J.L.; Garrosa,E.; De Miguel, J. y Peñacoba, C. (2000). Un modelo de evaluación del Desgaste Profesional en enfermería. En Agullo, E; Remeseiro, C. y Fernández,J.A. (Eds) *Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y de los Recursos Humanos*. Madrid Biblioteca Nueva.

Motiuk, L. (1997). Classification for correctional programming: The offender intake assessment (OIA) process. In *Forum on Corrections Research* (Vol. 9, pp. 18-22). Correctional Service Of Canada.

Moyle, P. (2003). International drug court developments, models and effectiveness, Proyecto de tribunales especializados en materia de drogas del Grupo Pom- pidou: Estrasburgo.

Mumola, C. J., & Karberg, J. C. (2006). Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2004. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.

Mumola, C.J. (2005). Suicide and homicide in state prisons and local jails (NCJ 210036). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.

, 12, 77-98.

, R. y Munne, F. (

: Trillas.

Murdoch, N., Morris, P., & Holmes, C. (2008). Depression in elderly life sentence prisoners. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(9), 957-962.

- Murphy, D. S. (2004). Pre-prison, prison, post-prison: Post traumatic stress symptoms. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, , 2370-2370. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620643028?accountid=14478>. (620643028; 2004-99023-054).
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. *Handbook of positive psychology*, 89-105.
- Negy, C. (1995). Coping styles, family dynamics, and prison adjustment: An investigation of white, black, and hispanic offenders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 4610-4610. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618743213?accountid=14478>. (618743213; 1995-95007-122).
- Neller, D. J., Denney, R. L., Pietz, C. A., & Thomlinson, R. P. (2006). The relationship between trauma and violence in a jail inmate sample. *Journal of interpersonal violence*, 21(9), 1234-1241.
- Niven, K., Holman, D., & Totterdell, P. (2010). Emotional influence and empathy in prison-based therapeutic communities. In R. Shuker, & E. Sullivan (Eds.), *Grendon and the emergence of forensic therapeutic communities: Developments in research and practice*. (pp. 233-246). Wiley-Blackwell. xxv: 333 pp.
- Nuñez, J. (1997) El tratamiento penitenciario y otras funciones del psicólogo. En M. Clemente & J. Nuñez (Eds.) *Psicología Jurídica Penitenciaria Vol I*. (pp. 59- 91) Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Nurse, J., Woodcock, P., & Ormsby, J. (2003). Influence of environmental factors on mental health within prisons: Focus group study. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7413), 490-494.
- O'hare, P. A., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E. C. Y Drucker, E. (1992). *relacionados con las drogas*. Barcelona: Publicaciones d : The reduction of drug-related harm (1992).
- Oliver, C. M. (2010). Hardiness, well-being, and health: A meta-analytic summary of three decades of research. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 700-700. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/756307604?accountid=14478>. (756307604; 2010-99140-454).
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 6-21.
- Oramas, A., Santana, S. & Vergara A. (2007). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol7\\_1-2\\_06/rst06106.html](http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol7_1-2_06/rst06106.html)
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A., & Goodwin, J. S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society; Journal of the American Geriatrics Society*.

- Ostir, G. V., Volpato, S., Fried, L. P., Chaves, P., & Guralnik, J. M. (2002). Reliability and sensitivity to change assessed for a summary measure of lower body function: results from the Women's Health and Aging Study. *Journal of clinical epidemiology*, 55(9), 916-921.
- Otake, K., Shimai, S., Ikemi, A., Utsuki, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2005). Development of the Japanese version of the values in action inventory of strengths (VIA-IS). *Japanese Journal of Psychology*, 76(5), 461-467.
- Padrós, F., & Fernández Castro, J. (2001). Escala de Gaudibilidad de Padrós. Una propuesta para medir la disposición a experimentar bienestar. *Boletín de Psicología (Spain)*.
- Padrós, F., & Fernández-Castro, J. A. (2008). Proposal to measure a modulator of the experience of enjoyment: The gaudiebility scale. *Internacional J Psychology Psychological Therapy*, 8(3), 413-430.
- Páez, D. (1986). *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Páez, D., Arroyo, E. y Fernández, I. (1995). Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. *Mapfre Seguridad*, 57, 43-55.
- Páez, D., Fernández, I., Ubillos S. y Zubieta, E. (2000). *Manual de Psicología y Salud. Instrumentos de prácticas de investigación*. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento Universidad del País Vasco UPV/EHU San Sebastián, 2000
- Palmer, E. J., & Hollin, C. R. (2007). The Level of Service Inventory—Revised With English Women Prisoners A Needs and Reconviction Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 34(8), 971-984.
- Palmer, E. J., Jinks, M., & Hatcher, R. M. (2010). Substance use, mental health, and relationships: A comparison of male and female offenders serving community sentences. *International journal of law and psychiatry*, 33(2), 89-93.
- Palmer, T. (1975). Martinson revisited. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 12, 133-152. <http://dx.doi.org/10.1177%2F002242787501200206>
- Palmer, W. R. (1984). Programming for long-term inmates: A new perspective. *Canadian Journal of Criminology*. Special Issue: Long-Term Incarceration, 26(4), 439-457.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2006). Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 118-129.
- Paterline, B.A., & Petersen, D.M. (1999). Structural and social psychological determinants of prisonization. *Journal of Criminal Justice*, 5, 427-441.
- Paul, Rebecca, Campbell, Mark, Damien, Matthew, & Thomas. (2012). The relationship between alcohol use and injecting drug use: Impacts on health, crime and wellbeing. *Drug and Alcohol Dependence*, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.08.013>



Paulus, P. B. and Dzindolet M. (1993) Reactions of male and female inmates to prison confinement: Further evidence for a two-component model. *Criminal Justice and Behavior* 33, 145-152.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164.

Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.

Payne, E., Watt, A., Rogers, P., & McMurrin, M. (2008). Offence characteristics, trauma histories and post-traumatic stress disorder symptoms in life sentenced prisoners. *The British Journal of Forensic Practice*, 10(1), 17-25.

Pearlin, L. I., Morton A. Lieberman, E. G. Menaghan, and Mullan J.(1981) The stress process. *Journal of Health and Social Behavior* 22: 337 – 356.

Pearlin, L. I (1989) The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior* 20(2):149 – 166.

Peñacoba, C; Gallardo, C; González, J, L y Moreno-Jimenez,B. (2002) Calidad de vida del profesional de la salud. En Gil de Miguel, A. (Ed) *Intervención Preventiva en Salud Pública*. Madrid: Fundación de Estudios y Formación sanitaria.

Peñacoba, C. y Moreno-Jiménez, B. (1998). El concepto de Personalidad Resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, pp. 61- 72

Peñacoba, C. Y Moreno-Jiménez, B. (2000) La evaluación de la personalidad resistente y su influencia en la salud. *Boletín de Psicología*, 67, 45-64

Peñacoba, C.; Moreno, B.; De Miguel, J.; Garrosa, E. y González, J.L. (2000). Estrés laboral y variables personales: influencia del apoyo social y de las emociones. En Agullo, E; Remeseiro, C. y Fernández,J.A. (Eds) *Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y de los Recursos Humanos*. Madrid Biblioteca Nueva.

Perandones González, T. M., & Lledó Carreres, A. (2010). Contribuciones de la psicología positiva al ámbito de la profesión docente.

Psychologia Latina 2011, vol. 2 No. 2, 132 - 143

Pérez, E. y Redondo, S. (1991). Efectos psicológicos de la estancia en prisión. *Papeles del Psicólogo* 48, 1991. Disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es>

, 27(2-3), 205-213.

Peters, R. H., Sherman, P. B., & Osher, F. C. (2008). *Treatment in jails and prisons*. New York, NY, US: Guilford Press.

Peters, R., Strozier, A., Murrin M., Kearns, W. (1997) Treatment of substance-abusing jail inmates. Examination of gender differences. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1997 Jul-Aug;14(4):339-49

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6(1), 25-41.

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 17-26.

Peterson, C., Park, N., Hall, N., & Seligman, M. E. P. (2009). Zest and work. *Journal of Organizational Behavior*, 30(2), 161-172.

Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149-156.

Peterson, C., Stephens, J. P., Park, N., Lee, F., & Seligman, M. E. P. (2010). *Strengths of character and work*. New York, NY, US: Oxford University Press.

Philippa, J., Clarke, V. W., Carol, D., & Wheaton, B. (2001). Measuring psychological well-being in the Canadian Study of Health and Aging. *International Psychogeriatrics*, 13(1), 79-90.

Phillips, L. A. (2009). *Prison to society: A qualitative analysis of coping with reentry*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, , 2583-2583. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622095319?accountid=14478>. (622095319; 2009-99200-308).

Phillips, L. A., & Lindsay, M. (2011). *Prison to society: A mixed methods analysis of coping with reentry*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(1), 136-154.

(Madrid, Alianza Editorial)

Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18(4), 459-474.

Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drugs in prison: a break in the pathway. *Substance use & misuse*, 37(1), 47-63.

Polledri, P. (2011). Review of life within hidden worlds: Psychotherapy in prisons. *British Journal of Psychotherapy*, 27(2), 230-233.

Porporino, F. J., & Zamble, E. (1984). Coping with imprisonment. *Canadian Journal of Criminology*. Special Issue: Long-Term Incarceration, 26(4), 403-421.

Powell, K. F. (2001). *An investigation of self-injurious behaviors and the relationship between traumatic experiences and self-injurious behavior in prison*. ProQuest Information & Learning). Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 61 (7-B) (Electronic; Print)

Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological bulletin*, 131(6), 925.

Qouta, S., Punamäki, R., & El Sarraj, E. (1997). Prison experiences and coping styles among palestinian men. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 3(1), 19-36.

Rager, P., & Bénèzech, M. (1987). Enquête sur les comportements mettant en jeu le pronostic vital chez les jeunes délinquants récidivistes. *Psychologie Medicale*, 19; (5) 617-618.

Ramsay, R. F., Tanney, B. L., & Searle, C. A. (1985). Suicide prevention in high-risk prison populations. Paper presented to the International Conference on Prevention, Universidad de Montreal, Abril 29 a Mayo 3.

Ramsland, K. (2011). *The mind of a murderer: Privileged access to the demons that drive extreme violence*. Santa Barbara, CA, US: Praeger/ABC-CLIO.

, octubre 2000).

Redondo, S. ( ) (Madrid, Ed Diagrama)

(Barcelona, P. P. U.)

Redondo, S. (1993). *Evaluar e intervenir en las prisiones*. Barcelona: PPU.

: intervenciones con delinc  
, 1, 187-206.

, en El

Tratamiento Penitenciario: Posibilidades d  
Instituciones Penitenciarias. Alfagrafics. Madrid.

)

Redondo, S. (en prensa). La delinc

. *Delincuencia*, 3(3), 193-243.

Redondo, S., Garrido, V., Anguera, M.T. y Luque, E. (1996). Correctional programmes in Europe. Pilot study for a meta-evaluation research. En G. Davies, S. Lloyd-bostock, M. McMurrans and C. Wilson (Eds.): *Psychology, Law and Criminal Justice: International Developments in Research and Practice*. New York-Berlin: De Gruyter.

, J., y Barberet, R. (Eds.) (1997). *Advances in Psychology and Law*.  
: De Gruyter.

-Meca, J. (1997). *What Works in Correctional Rehabilitation in Europe*.  
. Barberet: *Advances in Psychology and Law*. International  
Contributions. New York-Berlin: De Gruyter.

Redondo, S., Sánchez-Meca, J., & Garrido, V. (2002). Los programas psicológicos con delincuentes y su efectividad: la situación europea. *Psicothema*, 14(Suplemento), 164-173.

. Romero, E., Sobral, J., y Luengo, M.A. (1999). *Personalidad y delincuencia*.  
Granada: Grupo Editorial Universitario.

. *Revista de Estudios Penitenciarios*, no. 240.

*Delincuencia/Delinquency*, no. 1, 133-161.

Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18(4), 354.

Reed, P., Alenazi, Y., & Potterton, F. (2009). Effect of time in prison on prisoners' use of coping strategies. *International Journal of Prisoner Health*, 5(1), 16-24.

Reis, H & Gable, S (2003). Towards a positive psychology of relationships. En *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived.*, pp. 129-159. Keyes, C. (Ed); Haidt, J. (2003). Ed: Washington, DC, US: American Psychological Association, 335. Doi: 10.1037/10594-006.

Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.

Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., & McBride, S. (2011). Master resilience training in the U.S. army. *American Psychologist*, 66(1), 25-34.

Reivich, K., Gillham, J. E., Chaplin, T. M., & Seligman, M. E. P. (2005). *From helplessness to optimism: The role of resilience in treating and preventing depression in youth*. New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Remor, E., Amorós Gómez, M., & Carrobes, J. A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *anales de psicología*, 26(1), 49-57.

Rhone, C. (2008). *Inmates as leaders: Validating an instrument for evaluating a consumer directed model for empowerment and rehabilitation in the correctional services in jamaica*. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 68 (11-A) (Electronic; Print)

. Madrid: Colex.

- cías Penales. Recuperado en <http://www.pensamientopenal.com.ar/node/14619>

Robbers, M. L. P. (2004). Revisiting the moderating effect of social support on strain: A gendered test. *Sociological Inquiry*, 74, 546-569

Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26(1), 69-75.

reincidencia en el delito. *Conductas Adictivas* 2003;3(1),45-6. Disponible en URL: <http://www.conductasadictivas.org/conductas/html/anteriores/articulos/tratDelit01.htm> (Accedido el 26-05-2005).

Rodríguez-Carvajal, R., Díaz Méndez, D., Moreno Jiménez, B., Blanco Abarca, A., & Van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), 63-70.

Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15(6), 619-626.

Rokach, A., & Cripps, J. E. (1998). Coping with loneliness in prison. *Psychological Studies*, 43(1-2), 49-57.

Romani, O. (2001). *Perspectiva sociocultural del uso de drogas. Cultura, representaciones sociales relacionados con las drogas*. Barcelona.

Romero, M.C (2006). Evaluación psicológica en el medio penitenciario. En *Psicología Forense: Manual de Técnicas y aplicaciones*. Sierra, J.C, Jiménez, E., y Buena Casals G. Ed: Biblioteca Nueva

Romero, T., Restrepo, N., y Díaz, I. (2011). Reintegración social: una mirada a la cotidianidad carcelaria. En *Psicología y políticas públicas. Aportes desde la academia*, de Ballesteros, B. Y Escobar, H. Ed: Pontificia Universidad Javeriana.

Rosenblatt, Z., & Shirom, A. (2007). Teacher absenteeism in Israel: Individual and organizational background factors. *Megamot*, 45(2), 301-329.

Ross, C. E. and Mirowsky J. (1989) Explaining the social patterns of depression: Control and problem solving—or support and talking?. *Journal of Health* 21(4):439 – 463.

Ross, R., Fabiano, E., y Garrido, V. (1990).

. 1.

Ruback, R. B., Carr, T., & Hopper, C. (1986). Perceived control in prison: Its relation to reported crowding, stress, and symptoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 375-386.

Ruch, W., Proyer, R. T., Harzer, C., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2010). Values in action inventory of strengths (VIA-IS): Adaptation and validation of the german version and the development of a peer-rating form. *Journal of Individual Differences*, 31(3), 138-149.

, 6, 41-65.

Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M., Morales, S., & Sánchez, V. (2000). Relaciones entre variables sociodemográficas, psicosociales, penitenciarias y de salud psicológica en personas detenidas. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.

Ruiz, J.I (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología* 39 (3) 547 - 561.

Ruíz, J.I, y Páez, D. (2002) Comparación de factores psicosociales y estrés post-traumático en internos y empleados de cinco centros penitenciarios: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología Jurídica*, Vol. 12, año 2002, 69 - 85.

Ruiz, J.I. (1999). Estrés en prisión y factores psicosociales. *Revista Colombiana de Psicología*, 8, 120-130.

Ruiz, J.I. y Paez(1995) Validación de un instrumento de medida del clima emocional. En J. Sánchez, C. y Ullan, A. (1995). *Procesos psicológicos básicos y grupales*. Madrid. Eudema.1995.

Ruíz, J.I., Gómez, I., Landazabal, M.L., Morales, S., Sánchez, V. Y Páez, D. (2002). Riesgo de Suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 2002, 11, 99 - 114.

Ryan, R. M., & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*. 55 (1) 68 - 78.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.

Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3), 529 -565.

Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 139-170.

Ryff, C. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies* (2008) 9: 13- 39. Doi 10.1007/s10902-006-9019-0

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.

Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35–55.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727.

Ryff, C. D., & Singer, B. (Eds.). (2001). *Emotion, social relationships, and health*. Oxford University Press, USA.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103–1119

Ryff, C. D., Dienberg Love, G., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(2), 85-95.

Ryff, C. D., Magee, W. J., Kling, K. C., & Wing, E. H. (1999). Forging macro-micro linkages in the study of psychological well-being. *The self and society in aging processes*, 247-78.

Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions-Royal Society Of London Series B Biological Sciences*, 1383-1394.

Sacks, S.; M. Cleland, C Melnick, G., Flynn, P. (2009) Violent Offenses Associated with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Problems: Evidence from CJDATS Published in final edited form as: *Behaviour Science Law*. 2009 ; 27(1): 51–69.

Saegert, S. (1989). *Stress as punishment*. US: American Psychological Association.

Salanova, M. (2008). La psicología de la salud ocupacional positiva. *Infocop Online*, 32-41.

Salgado, DM, Quinlan, KJ, Zlotnick, C. (2007) The relationship of lifetime polysubstance dependence to trauma exposure, symptomatology, and psychosocial functioning in incarcerated women with comorbid PTSD and substance use disorder. *Journal of Trauma Dissociation*. 2007;8(2):9-26.

Salotti, P. (2006). Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires.

Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American psychologist*, 55(1), 110.

. *Revista de Estudios Penitenciarios*, no. 237, 99-118. Madrid.

UNED.

Sánchez, F., Rubio, J., Páez, D. y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción del riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud= International journal of clinical and health psychology*, 3(1), 141-157.

itencionario. *El Rapto de Europa*, 11, 31-35.

Sapolsky, R. M. (2004). *Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping-Now Revised and Updated*. Holt Paperbacks.

Sappington, A. A. (1996). Relationships among prison adjustment, beliefs and cognitive coping style. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40(1), 54-62.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (Eds.). (1990). *Social support: An interactional view*. New York, NY: Wiley.

Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N., & Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510

Schaefer, J. A., & Moos, R. M. (1993). Work stressors in health care: Contexts and outcomes. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 3, 235-242.

Schaufeli, W. & Bakker A. (2004) Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior* 25, 293-315

Schaufeli, W. & Salanova, M. (2007) Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress, and Coping*. 20(2): 177-196

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 71-92.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, pp. 219-247.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, pp. 169-210.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, pp. 201-228.

Schiffirin, H & Nelson, K (2008). Stressed and happy? Investigating the relationship between happiness and perceived stress. *Journal of Happiness Studies* (2010). 11. 33 - 39

Schimmel, D. J. (1978). The behavior-analytic model of assessment applied to inmate problem situations. Dissertation Abstracts International, , 5593-5593. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/616306796?accountid=14478>. (616306796; 1979-11545-001).



- Schneider, B. A., Sheridan, K. B., & Kuemmel, A. (2008). *Increasing your competency in evidence-based and innovative treatment approaches to self-injury*. US: American Psychological Association.
- Schnittker, J., & John, A. (2007). Enduring stigma: The long-term effects of incarceration on health. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(2), 115-130.
- Schönfeld CE, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M. (2006) Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology, and the need for treatment in female and male prisoners. *Nervenarzt*. 2006 Jul;77(7):830-41.
- Schueller, S. M., & Seligman, M. E. P. (2008). Optimism and pessimism. In K. S. Dobson, & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression*. (pp. 171-194). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Schueller, S. M., & Seligman, M. E. P. (2010). Pursuit of pleasure, engagement, and meaning: Relationships to subjective and objective measures of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5(4), 253-263.
- Schutt, R K., Meshede T., and Rierdan J., (1994) Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. *Journal of Health and Social Behavior* 33: 113-121
- Seal, D. W., Eldrige, G. D., Kacanek, D., Binson, D., MacGowan, R. J., & The Project START Study Group. (2007). A longitudinal, qualitative analysis of the context of substance use and sexual behavior among 18- to 29-year-old men after their release from prison. *Social Science & Medicine*. Special Issue: Informed Consent in a Changing Environment, 65(11), 2394-2406.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1646.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of adolescence*, 23(6), 675-691.
- Seligman, M. E. P. (2007). Coaching and positive psychology. *Australian Psychologist*, 42(4), 266-267.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An International Review*, 57(S1), 3-18.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY, US: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Parks, A. C., & Steen, T. (2005). A balanced psychology and a full life. In F. A. Huppert, N. Baylis & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being*. (pp. 275-283). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Seligman, M. E. P., Schulman, P., & Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1111-1126.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.

Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410.

). Barcelona: Vergara.

Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5—14.

Seligman, M.E.P., Park, N. y Peterson, C. (2004). The Values In Action (VIA) classification of character strengths. *Ricerche di Psicologia*, 27, 63- 78.

Selke, W. L., & Andersson, S. A. (2003). A test of social stress theory as applied to the study of imprisonment rates. *The Prison Journal*, 83(4), 426-441.

Selye, H. (1978). *The Stress of Life*, Nueva York: Mc Graw Hill. (Original publicado en 1956)

Seminotti, R., Moreno-Jiménez, B., Garrosa,R., Rodríguez R., Morante, M.E. y Losada, M. (2003). Burnout, ansiedad y estrategias de afrontamiento en médicos con pacientes terminales y no terminales. *Encuentros de Psicología Social*, 2, 83-88.

Senol-Durak, E., & Gencoz, F. (2010). Factors associated with the symptoms of depression and anxiety among male turkish prisoners: A life crisis and personal growth model perspective. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(4), 587-603.

Serrano, J.M. (2006).

. (pp.105-114).Madrid: Biblioteca Nueva.

Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216.

Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 73-82.

Sheldon, K. M., & Niemiec, C. P. (2006). It's not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(2), 331.

Shelton, D., Sampl, S., Kesten, K. L., Zhang, W., & Trestman, R. L. (2009). Treatment of impulsive aggression in correctional settings. *Behavioral Sciences & the Law*.Special Issue: Correctional Mental Health Care, 27(5), 787-800.

Sherman, L. W., & Strang, H. (2010). Restorative justice as a psychological treatment: Healing victims, reintegrating offenders. In G. J. Towl, & D. A. Crighton (Eds.), *Forensic psychology*. (pp. 398-415). Wiley-Blackwell. xv: 458 pp.

- SHEWAN, D., GEMMELL, M. y DAVIES, J.B. (1994). Drug use and Scottish prisons-main report. Edinburgh: Scottish Prison Service. (Occasional paper No 6.).
- Shimai, S., Otake, K., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2006). Convergence of character strengths in american and japanese young adults. *Journal of Happiness Studies*, 7(3), 311-322.
- Shinkfield AJ, Graffam J. (2009) The Relationship Between Emotional State and Success in Community Reintegration for Ex-Prisoners. *International Journal of Offender Therapy Comp Criminology*. 2009 Mar 3.
- Shirom, A. (1982). Strike characteristics as determinants of strike settlements: A chief negotiator's viewpoint. *Journal of Applied Psychology*, 67(1), 45-52.
- Shirom, A. (1986). On the cross-environment generality of the relational view of stress. *Journal of Environmental Psychology*, 6(2), 121-134.
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In J. C. Quick, & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology*. (pp. 245-264). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Shirom, A. (2004). Feeling vigorous at work? the construct of vigor and the study of positive affect in organizations. In P. L. Perrewé, & D. C. Ganster (Eds.), *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. (pp. 135-164). US: Elsevier Science/JAI Press.
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*.Special Issue: The Conceptualisation and Measurement of Burnout, 19(3), 263-270.
- Shirom, A. (2009). Burnout and health: Expanding our knowledge. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*.Special Issue: Burnout and Health, 25(4), 281-285.
- Shirom, A. (2009). Epilogue: Mapping future research on burnout and health. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*.Special Issue: Burnout and Health, 25(4), 375-380.
- Shirom, A. (2010). Feeling energetic at work: On vigor's antecedents. In A. B. Bakker, & M. P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. (pp. 69-84). New York, NY, US: Psychology Press.
- Shirom, A. (2011). Job-related burnout: A review of major research foci and challenges. In J. C. Quick, & L. E. Tetrick (Eds.), (pp. 223-241). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Shirom, A., & Ezrachi, Y. (2003). On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the burnout measure. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 16(1), 83-97.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2005). Does burnout affect physical health? A review of the evidence. In A. G. Antoniou, & C. L. Cooper (Eds.), *Research companion to organizational health psychology*. (pp. 599-622). Northampton, MA, US: Edward Elgar Publishing.

- Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2008). The job demand-control-support model and stress-related low-grade inflammatory responses among healthy employees: A longitudinal study. *Work & Stress*, 22(2), 138-152.
- Shmotkin, D & Shrira, A. (2011). Happiness and suffering in the life story: an inquiry into conflicting expectations concerning the association of perceived past with present subjective well-being in old age . *Journal of Happiness Studies*. 2011. Doi 10.1007/s10902-011-9270-x
- Shraga, O., & Shirom, A. (2009). The construct validity of vigor and its antecedents: A qualitative study. *Human Relations*, 62(2), 271-291.
- Shuker, R., & Newton, M. (2008). Treatment outcome following intervention in a prison-based therapeutic community: A study of the relationship between reduction in criminogenic risk and improved psychological well-being. *The British Journal of Forensic Practice*, 10(3), 33-44.
- Sierra, Jiménez y Buela-Casals (2006). *Psicología Forense: Manual de técnicas y aplicaciones*. Ed: Biblioteca nueva
- Silverman, M., & Vega, M. (1990). Reactions of prisoners to stress as a function of personality and demographic variables. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(3), 187-196.
- Simpler, A. H., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Substance use in prison: How much occurs and is it associated with psychopathology? *Addiction Research & Theory*, 13(5), 503-511.
- Singer, B., & Ryff, C. D. (2001). *New horizons in health: An integrative approach (No. 277)*. National Academies Press.
- Sirotych, F. (2010). Putting criminal violence into context: A multi-level analysis of the correlates of violence severity among early- and late-start mentally disordered offenders. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 71 (6-A) (Electronic; Print)
- Skogstad, P., Deane, F. P., & Spicer, J. (2006). Social-cognitive determinants of help-seeking for mental health problems among prison inmates. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16(1-2), 43-59.
- Snyder, C.R y cols. (2011). Review of Positive psychology. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 38 (2) 401 - 401.
- Sorensen, J., & Cunningham, M. D. (2010). Conviction offense and prison violence: A comparative study of murderers and other offenders. *Crime & Delinquency*, 56(1), 103-125.
- Soria, M. (2005). *Manual de psicología jurídica e investigación criminal*. Ediciones Pirámide.
- Soria, M. y Saiz D. (2005). *Psicología Criminal*. Ed: Pearson Educación
- Soria, M., Garrido, E., Rodríguez, R., y Tejedor, D. (2006). *Psicología Jurídica: un enfoque criminológico*. Ed: Delta.

Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, 35(4), 1080-1102.

Springer, K. W., Hauser, R. M., & Freese, J. (2006). Bad news indeed for Ryff's six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1120-1131.

Springer, K. W., Pudrovska, T., & Hauser, R. M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40(1), 392-398.

St Amand, M. D. (2003). The coping relapse model of recidivism and the prediction of failure after release. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (12-B) (Electronic; Print)

Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 785-801.

Steiner H, Garcia IG, Matthews Z. (1997) Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry*. 1997 Mar;36(3):357-65.

Steiner, B., & Wooldredge, J. (2008). Inmate versus environmental effects on prison rule violations. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 438-456.

Stern, M. y Zevron, M.A.(1990). Stress, coping and family environment: The adolescent's response to naturally occurring stressors. *Journal of Adolescent Research*, 5, 290-305

Stoller, N. (2003). Space, place and movement as aspects of health care in three women's prisons. *Social science & medicine*, 56(11), 2263-2275.

Stuhlmiller, C., & Dunning, C. (2000). Concerns about debriefing: challenging the mainstream. *Psychological debriefing: Theory, evidence, and practice*, 305-320.

centros penitenciarios. Memoria 2004. Madrid.

Suls, J., Gaes, G., & Philo, V. (1991). Stress and illness behavior in prison: Effects of life events, self-care attitudes, and race. *Journal of Prison & Jail Health*, 10(2), 117-132.

Swartz, J. A., & Lurigio, A. J. (1999). Psychiatric illness and comorbidity among adult male jail detainees in drug treatment. *Psychiatric Services*, 50(12), 1628-1630.

Swartz, J. A., & Lurigio, A. J. (2007). Serious Mental Illness and Arrest The Generalized Mediating Effect of Substance Use. *Crime & Delinquency*, 53(4), 581-604.

Tarazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista de Investigación en Psicología*, 8(2), 57-65.

Tartaro, C. (2003). Suicide and the jail environment: An evaluation of three types of institutions. *Environment and Behavior*, 35(5), 605-620.

Tasca, M., Griffin, M. L., & Rodriguez, N. (2010). The effect of importation and deprivation factors on violent misconduct: An examination of black and latino youth in prison. *Youth Violence and Juvenile Justice*. Special Issue: Race, Delinquency, and Justice, 8(3), 234-249.

Taylor, P. J., Walker, J., Dunn, E., Kissell, A., Williams, A., & Amos, T. (2010). Improving mental state in early imprisonment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(3), 215-231.

Taylor, S. & Sherman, D. (2009). Positive Psychology and health psychology: a fruitful liaison. En Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2009). *Oxford handbook of positive psychology*. Oxford University Press, USA

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 460.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99.

Teplin, L. A., Abram, K. M., & McClelland, G. M. (1994). Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. *American Psychologist*, 49(4), 335.

Thoits, Peggy A. (1982) Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology* 10:341 – 362.

Toch, H. (1977). *Living in prison: The ecology of survival*. New York, NY: Free Press.

Toch, H. (1989). *A longitudinal study of prison adjustment*. US: American Psychological Association.

Toch, H., & Adams, K. (1986). Pathology and disruptiveness among prison inmates. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 23, 7-21.

Toch, H., Adams, K., & Grant, J. D. (1989). *Coping: Maladaptation in prisons*. Piscataway, NJ, US: Transaction Publishers.

: criterios judiciales y jurisprudenciales.

, 73, 13-15

Turner, R. and Marino F. (1994) Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior* 35: 193 – 212.

Turner, R.J., Lloyd, D.A., & Wheaton, B. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125

Tye, C. S., & Mullen, P. E. (2006). Mental disorders in female prisoners. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(3), 266-271.

Urbaniok, F., Endrass, J., Noll, T., Vetter, S., & Rossegger, A. (2007). Posttraumatic stress disorder in a Swiss offender population. *Swiss Medical Weekly*, 137(9-10), 151-156.

Urta, J (2002): *Tratado de Psicología Forense*. Ed: Siglo XXI

. Madrid: Siglo XXI

Urta, J., & Romero, J. (2006). . *Infocop*, 26, 4-11.

Værøy, H. (2011). Depression, anxiety, and history of substance abuse among norwegian inmates in preventive detention: Reasons to worry? *BMC Psychiatry*, 11

(Ed.

Popular).

Van Derdoef, M. & Maes, S.( 1999) The Job Demand-Control(-Support) Model and psychological well-being : a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13, 87-114

Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629–643.

Van Dierendonck, D., Blanco Abarca, A., Díaz, D., Moreno Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Rodríguez Carvajal, R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.

Van Dierendonck, D.; Diaz, D; Rodriguez-Carvajal, R.; Blanco, A.; Moreno-Jimenez, B. (2008) Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, v87 n3 p473-479

Van Harreveld, F., Van Der Pligt, J., Claassen, L., & Van Dijk, W. W. (2007). Inmate emotion coping and psychological and physical well-being: The use of crying over spilled milk. *Criminal Justice and Behavior*, 34(5), 697-708.

Vandeveld, S. Soye, V. Vander, T. DeSmet, S., Boers, A. & Broekaert, E. (2010). Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry* 34 (2011) 71 - 78.

Vaske, J., Galyean, K., & Cullen, F. T. (2011). Toward a biosocial theory of offender rehabilitation: Why does cognitive-behavioral therapy work? *Journal of Criminal Justice*, 39(1), 90-102.

Vaux, A., Phillips, J., Holly, C., Thomson, B., Williams, D y Stewart, D. (1986): The social support appraisals (SSA) scale: studies of reliability and validity, *American Journal of Community Psychology*, 14, 195–219.

Vázquez C., y Hervás, G. (2009). *La ciencia del Bienestar: fundamentos de una psicología positiva*. Ed: Alianza

Vázquez-Barquero, J. L., & Dowrick, C. (1997). La magnitud del problema: aspectos sociodemográficos de la depresión en atención primaria. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 993-999.

Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2

Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds) (2008) *Psicología Positiva Aplicada*. Ed. Desclee de Brouwer

Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 4(2), 385-404.

Vázquez, C., Castilla, C., y Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide

Vázquez, C., Hervás, G, Rahona, J.J. Y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* 5 (200) 15 - 28.

Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*. 14, 401-432

Conductual, 14, 401-432.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health: Contributions from Positive Psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-28.

Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative?. *Social Indicators Research*, 24(1), 1-34.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.

Veenhoven, R. (1999). Quality-of-life in individualistic society. *Social Indicators Research*, 48(2), 159-188.

Velarde, L. D. (2002). *Living in prison: Evaluating the deprivation and importation models of inmate adaptation*. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (9-B) (Electronic; Print)

Vera, B., Carbelo, B. & Vecina, M.L (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 2006, 27 (1) 40 - 49. Disponible en <http://www.cop.es/papeles>

Vielma, J. & Alonso, L. (2010) El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Artículos arbitrados*.14 (49). 265 - 275



- Vitaliano, P.P., DeWolfe, D.J., Maiuro, R.D. Russo, J. y Katon,W. (1990). Appraisal changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59,582-592.
- Wadsworth. Wright, Paul H. 1982 ‘‘Men’s friendships, women’s friendships, and the alleged inferiority of the latter.’’ *Sex Roles* 8:1 – 20.
- Walters, G. D. (2006). Coping with malingering and exaggeration of psychiatric symptomatology in offender populations. *American Journal of Forensic Psychology*, 24(4), 21-40.
- Wang, C. (2002). Depression and its relation to general self-efficacy and coping styles in juvenile delinquents. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 36-37.
- Warren JI, Loper AB, Komarovskaya I. (2009) Symptom patterns related to traumatic exposure among female inmates with and without a diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Journal of American Academic Psychiatry Law*. 2009;37(3):294-305.
- Warren, J. I., Hurt, S., Loper, A. B., & Chauhan, P. (2004). Exploring prison adjustment among female inmates: Issues of measurement and prediction. *Criminal Justice and Behavior*, 31(5), 624-645.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1999). *The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule-expanded form*.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
- Way, B. B., Miraglia, R., Sawyer, D. A., Beer, R., & Eddy, J. (2005). Factors related to suicide in new york state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(3), 207-221.
- Welfare, H., & Mitchell, J. (2005). Addressing vulnerability amongst imprisoned juvenile offenders: An evaluation of the access course. *International Journal of Prisoner Health*, 1(2-4), 171-181.
- Wells, J. B., Minor, K. I., Angel, E., Matz, A. K., & Amato, N. (2009). Predictors of job stress among staff in juvenile correctional facilities. *Criminal Justice and Behavior*, 36(3), 245-258.
- Wen, L., Qi, S., & Zhang, Y. (2009). A preliminary revision of luthans psychological capital questionnaire. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 17(2), 148-150.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Wesner, D. W. (1996). Cognitive factors mediating the social problem-solving ability of adolescent offenders. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (1-B) (Electronic; Print)
- Westman, M., & Shirom, A. (1995). Dimensions of coping behavior: A proposed conceptual framework. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 8(2), 87-100.

Westman, M., Eden, D., & Shirom, A. (1985). Job stress, cigarette smoking and cessation: The conditioning effects of peer support. *Social Science & Medicine*, 20(6), 637-644.

- . *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 26, (3),

Whiting, B.B. (1980). Culture and social behaviour: a model for the development of social behaviour *Ethos*, 8(2):95-116.

WHO. Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction, <http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf>.

Williams, K. (2010). The relationship between coping self-efficacy and substance abuse treatment provided to individuals in the new jersey drug court program. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 70 (7-B) (Electronic; Print)

Williams, M. W., Skogstad, P., & Deane, F. P. (2001). Attitudes of male prisoners toward seeking professional psychological help. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34(2), 49-61.

Wodak; A. Y Bell, J. (1996). Methadone overdose deaths in Australia. *Alcohol & Drug Services. St. Vincent's Hospital Sydney, Newsletter*, 9. Disponible en URL: <http://www.q4q.nl/methwork/Newsletter9/australia.htm> (Accedido 29/05/2005).

Wolff, N. L., & Shi, J. (2010). Trauma and incarcerated persons. In C. L. Scott (Ed.), *Handbook of correctional mental health* (2nd ed.). (pp. 277-320). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

Wong, P. (2011). *Positive Psychology 2.0: Towards a Balanced Interactive Model of the good life*. *Canadian psychology*, 2011, 52 (2) 69 - 81

Wood, Julia T. 1994 *Gendered Lives: Communication, Gender, and Culture*. Belmont, CA: *Canadian Journal of Psychiatry*, 34; 668-674.

Wooldredge, J. D. (1999). Inmate experiences and psychological well-being. *Criminal Justice and Behavior*, 26(2), 235-250.

World Health Organization. (1948). Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (*Official Records of the World Health Organization*, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Wright, K. N. (1991). The violent and victimized in the male prison. *Journal of Offender Rehabilitation*, 16(3/4), 1-25

Wright, K. N. (1993). Prison environment and behavioral outcomes. *Journal of Offender Rehabilitation*, 20, 93-113

Wynn, J. R. (2008). Psychopathology in supermax prisons: A new york state study. ProQuest Information & Learning). Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 68 (11-A) (Electronic; Print)

Xuereb, S., Ireland, J. L., & Davies, M. (2009). Development and preliminary assessment of a measure of shame, guilt, and denial of offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(5), 640-660.

Yang, S., Kadouri, A., Révah-Lévy, A., Mulvey, Ed. & Falissard, B. (2009) Doing time: a qualitative study of long-term incarceration and the impact of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry* 32 (5) 294 - 303.

, 70. Recuperado en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=783>

Yiengprugsawan, V., Seubsman, S., & Sleight, A. C. (2012). Health, well-being, and social indicators among monks, prisoners, and other adult members of an open university cohort in thailand. *Journal of Religion and Health*, 51(3), 925-933. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-010-9410-3>

Yocum, R., Anderson, J., DaVigo, T., & Lee, S. (2006). Direct-supervision and remote-supervision jails: A comparative study of psychosocial factors. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(7), 1790-1812.

Zamble, E. (1995). Behavior and adaptation in long-term prison inmates: Descriptive longitudinal results. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Zamble, E. & Porporino, F. (1990). Coping, imprisonment and rehabilitation: some data and their implications. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 53-70.

Zamble, E., & Porporino, F. (1988). Coping, behavior, and adaptation in prison inmates. New York, NY, US: Springer-Verlag Publishing.

Zingraff, M. T. (1976). A comparative study of inmate subcultures and adaptation patterns in correctional institutions for male and female delinquents. *Dissertation Abstracts International*, , 3203-3203. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/616209834?>

accountid=14478. (616209834; 1978-10595-001).

Zlotnick, C., Clarke, J. G., Friedmann, P. D., Roberts, M. B., Sacks, S., & Melnick, G. (2008). Gender differences in comorbid disorders among offenders in prison substance abuse treatment programs. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(4), 403-412.

Zust BL. (2009) Partner violence, depression, and recidivism: the case of incarcerated women and why we need programs designed for them. *Issues of Mental Health Nurs*. 2009 Apr;30(4):246-51.



## **APENDICES**

---

## ANÁLISIS DE CORRELACIONES

**Tabla 7.3.0. Correlaciones entre las variables objeto de este estudio**

|                             | 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     |      |  |
|-----------------------------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|--|
| 1. Edad del interno         | 1,00    |         |         |        |         |         |         |        |         |         |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 2. Ingr. previos mens.      | 0,01    | 1,00    |         |        |         |         |         |        |         |         |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 3. Duración condena         | ,178*   | 0,08    | 1,00    |        |         |         |         |        |         |         |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 4. Meses cont. prisión      | ,188*   | 0,06    | ,798**  | 1,00   |         |         |         |        |         |         |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 5. Trast. Límite pers.      | 0,00    | ,287**  | -0,08   | -0,07  | 1,00    |         |         |        |         |         |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 6. Trast. Antisocial pers.  | -0,13   | 0,14    | 0,02    | 0,05   | ,560**  | 1,00    |         |        |         |         |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 7. Acont. estresantes       | 0,03    | ,184*   | -0,12   | -0,01  | ,312**  | ,344**  | 1,00    |        |         |         |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 8. F1 Eventos positivos     | -0,08   | 0,07    | -0,12   | -0,04  | 0,08    | ,263**  | ,699**  | 1,00   |         |         |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 9. F2 Perdida ap. Fam.      | 0,01    | 0,06    | -0,08   | -0,03  | ,226**  | ,230**  | ,780**  | ,433** | 1,00    |         |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 10. F3 Muerte/enfermedad    | 0,12    | ,208**  | 0,06    | ,158*  | ,331**  | ,341**  | ,585**  | ,320** | ,248**  | 1,00    |         |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 11. F4 Convivencia prisión  | 0,11    | 0,12    | 0,09    | 0,14   | 0,15    | ,182*   | ,404**  | ,199*  | ,215**  | ,159*   | 1,00    |        |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 12. F5 Cárcel/sit relac.    | -0,04   | ,172*   | -,231** | -,159* | ,178*   | 0,14    | ,613**  | ,296** | ,281**  | ,210**  | ,245**  | 1,00   |         |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 13. F1 Molestias conviv.    | 0,09    | ,239**  | ,181*   | 0,10   | 0,13    | ,156*   | 0,15    | 0,10   | 0,06    | ,212**  | 0,10    | 0,07   | 1,00    |         |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 14. F2 Molestias normat.    | -0,11   | 0,09    | -0,07   | -0,06  | ,179*   | ,334**  | ,231**  | 0,11   | 0,13    | ,168*   | 0,13    | ,258** | ,351**  | 1,00    |         |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 15. F3 molestias rel. pers. | -0,03   | 0,16    | 0,06    | 0,05   | ,164*   | ,199*   | 0,15    | 0,12   | 0,05    | 0,07    | 0,08    | 0,15   | ,279**  | ,331**  | 1,00    |         |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 16. Molestias prisión gnral | 0,04    | ,212**  | 0,14    | 0,08   | ,166*   | ,244**  | ,205**  | 0,13   | 0,09    | ,215**  | 0,13    | ,164*  | ,900**  | ,659**  | ,527**  | 1,00    |         |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 17. Estrés percibido        | -0,14   | 0,08    | -0,06   | -0,02  | ,180*   | ,389**  | ,166*   | 0,02   | 0,10    | ,222**  | 0,08    | 0,14   | 0,06    | ,238**  | 0,06    | 0,14    | 1,00    |         |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 18. Apoyo social obj.       | -0,05   | -0,10   | 0,02    | 0,00   | -,359** | -,299** | -,221** | -0,12  | -,190*  | -,182*  | -0,06   | -0,11  | -,173*  | -,213** | -0,10   | -,214** | -,309** | 1,00    |        |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 19. Apoyo social subj.      | -0,06   | -,193*  | -0,08   | -0,11  | -,267** | -,416** | -0,11   | 0,00   | -,163*  | -0,06   | -0,12   | -0,01  | -0,12   | -,221** | -,165*  | -,180*  | -,318** | ,363**  | 1,00   |        |        |        |        |        |        |      |  |
| 20. Optimismo               | -,162*  | -,326** | -0,08   | -0,03  | -,171*  | -,303** | -,183*  | -0,01  | -0,12   | -,230** | -0,08   | -0,13  | -,249** | -,177*  | -,182*  | -,268** | -,370** | ,187*   | ,480** | 1,00   |        |        |        |        |        |      |  |
| 21. Valor                   | -,170*  | -,175*  | -,172*  | -0,12  | -0,03   | -,192*  | -0,09   | 0,03   | -0,10   | -0,12   | -0,13   | -0,05  | -0,05   | -0,10   | -0,06   | -0,07   | -,160*  | 0,04    | ,423** | ,670** | 1,00   |        |        |        |        |      |  |
| 22. Vitalidad               | -,244** | -,192*  | -0,15   | -0,12  | -0,15   | -,241** | -0,10   | 0,07   | -0,11   | -0,12   | -0,01   | -0,10  | -0,09   | -0,07   | -0,11   | -0,10   | -,326** | ,197*   | ,408** | ,629** | ,570** | 1,00   |        |        |        |      |  |
| 23. Autocontrol             | 0,00    | -,327** | -0,15   | -,160* | -,284** | -,399** | -,247** | -0,06  | -0,15   | -,261** | -,247** | -,170* | -,170*  | -,226** | -0,11   | -,208** | -,311** | 0,08    | ,439** | ,679** | ,502** | ,412** | 1,00   |        |        |      |  |
| 24. Int. emocional          | -0,04   | -,266** | -0,10   | -0,01  | -0,14   | -,200*  | -0,15   | -0,01  | -0,09   | -0,12   | -0,10   | -0,14  | -0,14   | -0,16   | -0,13   | -,166*  | -0,15   | 0,03    | ,335** | ,630** | ,585** | ,475** | ,579** | 1,00   |        |      |  |
| 25. Solución problemas      | -0,01   | -,241** | -,219** | -0,14  | -,171*  | -,295** | -0,14   | -0,03  | -,158*  | -0,11   | -0,09   | -0,08  | -0,10   | -0,09   | -0,10   | -0,11   | -,192*  | 0,07    | ,492** | ,683** | ,670** | ,525** | ,633** | ,712** | 1,00   |      |  |
| 26. Mentalidad abierta      | 0,01    | -,308** | -,173*  | -,173* | -,251** | -,279** | -,180*  | 0,03   | -0,14   | -0,15   | -0,06   | -,194* | -0,10   | -,172*  | -,202*  | -0,15   | -,175*  | 0,07    | ,428** | ,494** | ,468** | ,373** | ,584** | ,458** | ,574** | 1,00 |  |
| 27. Inteligencia social     | -0,12   | -,201*  | -0,14   | -0,11  | -0,14   | -0,10   | -,256** | -0,11  | -,239** | -0,14   | -0,04   | -,163* | -0,11   | -0,06   | -0,06   | -0,11   | -0,06   | -0,02   | ,282** | ,572** | ,520** | ,451** | ,530** | ,564** | ,589** | 1,00 |  |
| 28. RR Psic. total          | -0,12   | -,325** | -,192*  | -0,14  | -,217** | -,324** | -,213** | -0,01  | -,175*  | -,198*  | -0,12   | -,164* | -,158*  | -,168*  | -0,15   | -,187*  | -,280** | 0,11    | ,526** | ,847** | ,790** | ,715** | ,785** | ,793** | ,858** | 1,00 |  |
| 29. Confrontación           | -0,13   | -0,11   | -0,13   | -0,10  | 0,10    | 0,11    | 0,06    | 0,05   | 0,04    | -0,05   | ,173*   | 0,11   | -0,09   | -0,05   | 0,03    | -0,10   | -0,09   | 0,03    | 0,05   | ,191*  | 0,14   | ,159*  | 0,05   | ,202*  | ,173*  | 1,00 |  |
| 30. Distanciamiento         | -,279** | -0,10   | -,195*  | -0,09  | 0,02    | 0,04    | -0,01   | 0,07   | 0,04    | 0,02    | -0,05   | -0,05  | -0,09   | -0,05   | -0,03   | -0,11   | -0,01   | -0,12   | 0,04   | ,193*  | ,162*  | ,158*  | ,205** | ,169*  | 0,11   | 1,00 |  |
| 31. Autocontrol             | -0,09   | -0,07   | -0,05   | 0,05   | 0,09    | 0,09    | 0,13    | 0,12   | 0,08    | 0,11    | 0,00    | 0,13   | -0,13   | -0,01   | -0,03   | -0,11   | 0,11    | -,184*  | 0,09   | ,162*  | ,156*  | 0,10   | 0,14   | ,191*  | ,184*  | 1,00 |  |
| 32. Apoyo social            | -,173*  | -0,15   | -0,13   | -0,07  | -0,13   | -0,01   | -0,06   | 0,10   | -0,06   | -0,15   | 0,10    | -0,02  | -0,06   | -0,10   | 0,01    | -0,09   | -0,09   | ,193*   | 0,10   | ,218** | ,194*  | ,255** | 0,12   | ,209** | ,235** | 1,00 |  |
| 33. Aceptac. Respons.       | -,181*  | -0,14   | -0,11   | -0,02  | 0,11    | ,184*   | 0,06    | 0,13   | 0,04    | 0,10    | 0,00    | -0,01  | 0,00    | 0,05    | 0,01    | 0,06    | -0,07   | -0,01   | ,225** | 0,15   | ,160*  | 0,10   | ,167*  | ,218** | 1,00   |      |  |
| 34. Huida / evitación       | -,170*  | 0,02    | -0,10   | -0,04  | ,172*   | ,274**  | 0,08    | 0,14   | 0,05    | 0,09    | -0,04   | 0,11   | -0,14   | 0,13    | 0,13    | -0,04   | ,265**  | -,216** | -0,14  | 0,06   | 0,00   | -0,01  | 0,02   | 0,09   | 0,06   | 1,00 |  |
| 35. Planific. realista      | -,165*  | -0,03   | -0,12   | -0,06  | -0,06   | -0,02   | 0,00    | 0,01   | -0,01   | 0,00    | 0,08    | 0,03   | -,163*  | -0,07   | 0,02    | -0,15   | -,160*  | 0,12    | ,175*  | ,339** | ,216** | ,256** | ,178*  | ,306** | ,280** | 1,00 |  |
| 36. Reev. positiva          | -,265** | -,201*  | -0,08   | -0,03  | -0,07   | 0,03    | -0,05   | 0,05   | -0,06   | -0,11   | -0,03   | 0,08   | -,190*  | -0,05   | -0,03   | -,158*  | 0,03    | -0,10   | ,156*  | ,308** | ,162*  | ,219** | ,167*  | ,202*  | ,250** | 1,00 |  |
| 37. Estrat. afront. ttal    | -,260** | -0,14   | -,157*  | -0,07  | 0,04    | 0,12    | 0,03    | 0,12   | 0,02    | 0,00    | 0,04    | 0,06   | -0,15   | -0,03   | 0,02    | -0,13   | 0,02    | -0,05   | 0,09   | ,307** | ,211** | ,237** | ,175*  | ,273** | ,274** | 1,00 |  |
| 38. Benev. mundo            | -0,03   | -0,08   | -0,03   | 0,05   | -0,13   | -,162*  | 0,00    | 0,07   | -0,07   | -0,03   | 0,09    | -0,01  | -,203** | -0,06   | -,206** | -,213** | -0,14   | 0,06    | ,243** | ,346** | 0,16   | ,159*  | ,197*  | 0,11   | ,235** | 1,00 |  |
| 39. Benev. personas         | 0,01    | -0,10   | -0,09   | 0,04   | -0,01   | -0,03   | 0,02    | 0,02   | -0,01   | -0,01   | -0,08   | 0,05   | -,277** | -0,03   | -,177*  | -,244** | -0,03   | 0,11    | ,162*  | ,292** | ,221** | ,164*  | 0,14   | ,240** | ,219** | 1,00 |  |
| 40. Justicia                | -0,11   | -0,07   | -0,05   | 0,01   | 0,06    | 0,12    | -0,01   | 0,03   | 0,08    | -0,09   | -0,02   | -0,08  | -0,06   | 0,02    | -,170*  | -0,08   | -0,06   | -0,01   | -0,01  | 0,14   | 0,07   | ,155*  | -0,10  | 0,02   | 0,04   | 1,00 |  |

Tabla 7.3.0 (cont.). Correlaciones entre las variables objeto de este estudio

|                           | 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      |
|---------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 41. Controlabilidad       | -0,07  | -0,13   | -0,08   | -0,02   | -0,05   | 0,02    | 0,06    | 0,13   | 0,03   | -0,02  | 0,05   | 0,00    | -0,07   | 0,05   | -0,06   | -0,04   | 0,06    | 0,01    | 0,06    | 0,13    | ,157*   | 0,12    | 0,00    | 0,14    | 0,14    |
| 42. Azar                  | 0,02   | 0,06    | -0,03   | 0,03    | ,205**  | ,156*   | 0,14    | ,164*  | 0,11   | 0,13   | 0,09   | 0,02    | -0,06   | 0,05   | -0,02   | -0,04   | 0,08    | -0,01   | -0,07   | 0,03    | -0,03   | 0,00    | -0,06   | 0,02    | -0,03   |
| 43. Automerrecimiento     | -0,03  | -0,01   | 0,12    | 0,06    | 0,10    | ,298**  | -0,10   | -0,10  | -0,07  | -0,10  | 0,12   | -0,06   | -0,09   | -0,02  | 0,08    | -0,05   | 0,11    | -0,02   | -,171*  | -0,06   | -0,06   | -0,08   | -,179*  | -0,13   | -,188*  |
| 44. Autocontrol           | -,160* | -,274** | -,209** | -0,15   | -,184*  | -,171*  | -0,05   | 0,11   | 0,02   | -0,11  | -0,10  | -0,09   | -,196*  | -0,13  | -0,10   | -,206** | -,212** | ,160*   | ,350**  | ,507**  | ,372**  | ,324**  | ,390**  | ,445**  | ,484**  |
| 45. Suerte                | 0,01   | -0,02   | -0,10   | -0,07   | 0,00    | -0,01   | -0,02   | 0,03   | -0,04  | -,166* | 0,15   | 0,08    | -,192*  | 0,02   | -0,03   | -,156*  | -,173*  | -0,05   | 0,07    | ,286**  | ,214**  | ,207**  | 0,08    | 0,13    | ,186*   |
| 46. Creencias mundo ttal  | -0,08  | -0,13   | -0,11   | -0,02   | 0,00    | 0,04    | 0,01    | 0,11   | 0,02   | -0,09  | 0,07   | -0,02   | -,241** | -0,02  | -0,15   | -,221** | -0,09   | 0,05    | 0,14    | ,369**  | ,240**  | ,236**  | 0,11    | ,207**  | ,241**  |
| 47. Autoaceptación        | -0,02  | -,255** | -,240** | -,207** | -0,09   | -,246** | -0,02   | 0,03   | 0,03   | -0,08  | -0,14  | 0,01    | -,203*  | -0,05  | -0,14   | -,185*  | -,183*  | ,161*   | ,467**  | ,341**  | ,273**  | ,231**  | ,298**  | ,307**  | ,377**  |
| 48. Relac. positivas      | 0,11   | -,191*  | 0,03    | 0,01    | -,226** | -,343** | -,221** | -,171* | -0,10  | -0,15  | -0,12  | -,210** | -0,14   | -,182* | -,304** | -,211** | -,285** | ,365**  | ,519**  | ,290**  | 0,15    | ,170*   | ,353**  | ,192*   | ,253**  |
| 49. Autonomía             | -0,06  | -,159*  | -0,03   | -0,09   | -,163*  | -0,15   | -0,02   | 0,03   | 0,04   | -0,05  | -0,04  | -0,08   | -0,04   | 0,02   | -0,10   | -0,04   | -,245** | 0,08    | ,248**  | ,228**  | ,194*   | ,173*   | 0,15    | 0,12    | ,238**  |
| 50. Propósito vida        | -0,02  | -,252** | -,220** | -,197*  | -0,08   | -,178*  | 0,02    | 0,04   | 0,05   | -0,12  | -0,04  | 0,10    | -0,15   | 0,01   | -0,06   | -0,11   | -,233** | ,183*   | ,391**  | ,311**  | ,229**  | ,278**  | ,274**  | ,262**  | ,347**  |
| 51. Dominio entorno       | 0,02   | -0,15   | 0,01    | 0,02    | -0,06   | -,230** | -0,04   | -0,02  | 0,05   | -0,07  | -0,06  | -0,13   | -0,04   | 0,00   | 0,01    | -0,02   | -,180*  | 0,12    | ,308**  | ,267**  | ,202*   | 0,12    | ,233**  | 0,13    | ,293**  |
| 52. Crecimiento pers.     | 0,07   | -0,13   | -0,03   | -0,02   | -0,12   | -0,12   | -0,05   | -0,04  | -0,06  | 0,03   | 0,01   | -0,09   | -0,02   | -0,07  | -0,15   | -0,07   | -,221** | 0,13    | ,418**  | ,211**  | ,236**  | ,195*   | ,212**  | ,209**  | ,370**  |
| 53. Bienestar psic. ttal  | 0,02   | -,261** | -0,12   | -0,12   | -,164*  | -,283** | -0,07   | -0,02  | 0,00   | -0,10  | -0,09  | -0,08   | -0,14   | -0,06  | -,171*  | -0,15   | -,302** | ,235**  | ,534**  | ,374**  | ,291**  | ,269**  | ,346**  | ,283**  | ,426**  |
| 54. Somatizacion          | ,290** | ,219**  | -0,02   | 0,03    | ,379**  | ,406**  | ,218**  | 0,02   | 0,09   | ,424** | 0,09   | 0,10    | ,338**  | ,228** | 0,13    | ,337**  | ,342**  | -,308** | -,254** | -,350** | -,183*  | -,267** | -,251** | -,243** | -,189*  |
| 55. Obsesion-comp.        | 0,14   | ,205**  | -0,01   | 0,06    | ,404**  | ,541**  | ,273**  | 0,10   | 0,12   | ,345** | ,169*  | ,235**  | ,238**  | ,289** | ,176*   | ,300**  | ,452**  | -,293** | -,422** | -,370** | -,285** | -,359** | -,328** | -,310** | -,324** |
| 56. Sensib. Interpers.    | 0,13   | 0,14    | 0,10    | 0,14    | ,302**  | ,411**  | 0,15    | 0,01   | 0,08   | ,253** | 0,12   | 0,11    | ,248**  | ,162*  | 0,13    | ,256**  | ,450**  | -,344** | -,391** | -,264** | -,170*  | -,265** | -,197*  | -0,13   | -,206** |
| 57. Depresion             | 0,10   | ,208**  | 0,05    | 0,06    | ,324**  | ,518**  | ,212**  | 0,10   | 0,08   | ,248** | ,199*  | ,178*   | ,311**  | ,287** | 0,14    | ,336**  | ,470**  | -,409** | -,412** | -,400** | -,226** | -,353** | -,337** | -,229** | -,280** |
| 58. Ansiedad              | 0,15   | ,275**  | 0,05    | 0,06    | ,432**  | ,483**  | ,340**  | 0,16   | ,172*  | ,356** | 0,15   | ,279**  | ,356**  | ,318** | ,222**  | ,415**  | ,448**  | -,381** | -,274** | -,325** | -,157*  | -,275** | -,354** | -,214** | -,223** |
| 59. Hostilidad            | 0,05   | ,267**  | 0,00    | 0,03    | ,490**  | ,463**  | ,327**  | ,188*  | 0,15   | ,280** | 0,11   | ,254**  | ,248**  | ,223** | ,181*   | ,280**  | ,283**  | -,252** | -,250** | -,226** | -0,07   | -0,15   | -,444** | -,268** | -,227** |
| 60. Ansiedad fobica       | 0,13   | ,234**  | 0,14    | 0,15    | ,254**  | ,427**  | ,247**  | ,156*  | 0,08   | ,326** | ,248** | 0,15    | ,388**  | ,180*  | ,182*   | ,366**  | ,354**  | -,334** | -,357** | -,354** | -,226** | -,259** | -,294** | -,213** | -,246** |
| 61. Id. paranoide         | 0,10   | 0,10    | 0,04    | 0,11    | ,259**  | ,393**  | ,161*   | 0,06   | 0,10   | ,208** | 0,08   | 0,13    | ,258**  | ,309** | ,208**  | ,335**  | ,397**  | -,344** | -,316** | -,161*  | -0,08   | -0,15   | -,181*  | -0,06   | -0,12   |
| 62. Psicoticismo          | 0,11   | ,184*   | 0,12    | 0,12    | ,346**  | ,516**  | ,245**  | 0,10   | 0,12   | ,279** | 0,13   | ,210**  | ,328**  | ,278** | ,192*   | ,348**  | ,402**  | -,347** | -,407** | -,370** | -,245** | -,308** | -,376** | -,286** | -,315** |
| 63. Malestar psic.        | ,161*  | ,244**  | 0,07    | 0,12    | ,425**  | ,575**  | ,294**  | 0,11   | 0,13   | ,369** | ,174*  | ,222**  | ,368**  | ,316** | ,224**  | ,410**  | ,502**  | -,407** | -,422** | -,389** | -,221** | -,337** | -,372** | -,265** | -,283** |
| 64. Salud perc.           | 0,12   | 0,13    | 0,06    | 0,13    | ,264**  | ,474**  | ,255**  | 0,00   | ,189*  | ,308** | ,201*  | 0,13    | ,170*   | ,267** | ,159*   | ,251**  | ,347**  | -,313** | -,304** | -,280** | -,254** | -,272** | -,275** | -,183*  | -,233** |
| 65. Agresividad fisica    | -0,10  | ,208**  | 0,01    | 0,02    | ,535**  | ,489**  | ,345**  | 0,14   | ,241** | ,278** | ,159*  | ,225**  | ,166*   | ,282** | ,200*   | ,242**  | ,306**  | -,170*  | -,160*  | -,156*  | 0,07    | -0,13   | -,383** | -0,11   | -,165*  |
| 66. Agresividad verbal    | -0,05  | ,179*   | 0,07    | 0,10    | ,404**  | ,368**  | ,184*   | 0,01   | 0,09   | 0,10   | ,186*  | ,205**  | 0,12    | ,169*  | 0,08    | 0,15    | 0,14    | -0,06   | -0,08   | -0,03   | 0,03    | -0,05   | -,301** | -0,07   | -0,12   |
| 67. Ira                   | -0,10  | 0,12    | 0,08    | 0,10    | ,444**  | ,509**  | 0,15    | 0,11   | 0,04   | 0,12   | 0,11   | 0,11    | 0,09    | 0,15   | 0,14    | 0,12    | ,271**  | -0,14   | -,187*  | -0,11   | 0,02    | -0,08   | -,323** | -0,08   | -,175*  |
| 68. Hostilidad            | -0,08  | 0,09    | 0,12    | 0,15    | ,375**  | ,498**  | ,184*   | 0,06   | 0,13   | ,204** | ,197*  | 0,08    | 0,12    | ,260** | ,196*   | ,196*   | ,392**  | -,268** | -,290** | -0,09   | -0,06   | -,189*  | -,251** | -0,05   | -,193*  |
| 69. N. global agresividad | -0,10  | ,177*   | 0,08    | 0,11    | ,519**  | ,548**  | ,253**  | 0,10   | 0,14   | ,204** | ,186*  | ,183*   | 0,14    | ,249** | ,181*   | ,205**  | ,322**  | -,183*  | -,207** | -0,12   | 0,02    | -0,13   | -,372** | -0,09   | -,190*  |
| 70. Suicidio              | 0,13   | ,270**  | 0,14    | 0,14    | ,458**  | ,688**  | ,260**  | 0,04   | ,222** | ,270** | ,203** | 0,09    | ,253**  | ,251** | ,251**  | ,304**  | ,363**  | -,337** | -,483** | -,443** | -,294** | -,387** | -,457** | -,334** | -,408** |

Tabla 7.3.0 (cont.). Correlaciones entre las variables objeto de este estudio

|                           | 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      |  |
|---------------------------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--|
| 26. Mentalidad abierta    | 1,00    |         |         |        |        |        |         |        |         |         |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 27. Inteligencia social   | ,568**  | 1,00    |         |        |        |        |         |        |         |         |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 28. RR Psic. total        | ,726**  | ,760**  | 1,00    |        |        |        |         |        |         |         |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 29. Confrontación         | 0,15    | ,219**  | ,202*   | 1,00   |        |        |         |        |         |         |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 30. Distanciamiento       | 0,14    | ,185*   | ,210**  | ,401** | 1,00   |        |         |        |         |         |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 31. Autocontrol           | 0,11    | ,196*   | ,195*   | ,490** | ,544** | 1,00   |         |        |         |         |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 32. Apoyo social          | ,178*   | ,293**  | ,272**  | ,554** | ,328** | 1,00   |         |        |         |         |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 33. Aceptac. Respons.     | ,156*   | ,215**  | ,220**  | ,379** | ,315** | ,407** | ,360**  | 1,00   |         |         |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 34. Huida / evitación     | -0,03   | 0,05    | 0,04    | ,311** | ,460** | ,517** | ,176*   | ,451** | 1,00    |         |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 35. Planific. realista    | ,212**  | ,297**  | ,330**  | ,596** | ,393** | ,424** | ,549**  | ,397** | ,278**  | 1,00    |        |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 36. Reev. positiva        | ,158*   | ,269**  | ,274**  | ,450** | ,358** | ,511** | ,406**  | ,573** | ,498**  | ,553**  | 1,00   |        |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 37. Estrat. afront. ttal  | ,193*   | ,311**  | ,313**  | ,733** | ,644** | ,730** | ,656**  | ,710** | ,642**  | ,745**  | ,784** | 1,00   |         |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 38. Benev. mundo          | 0,15    | 0,15    | ,236**  | 0,03   | 0,09   | 0,05   | 0,03    | 0,10   | 0,05    | ,189*   | ,226** | 0,14   | 1,00    |         |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 39. Benev. personas       | 0,12    | 0,10    | ,236**  | 0,14   | ,182*  | ,284** | 0,10    | 0,15   | ,192*   | ,180*   | ,231** | ,254** | ,560**  | 1,00    |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 40. Justicia              | 0,00    | 0,07    | 0,06    | ,266** | 0,13   | 0,11   | 0,09    | ,244** | ,175*   | ,228**  | ,364** | ,291** | ,298**  | ,229**  | 1,00   |        |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 41. Controlabilidad       | 0,05    | 0,09    | 0,13    | ,168*  | 0,10   | ,173*  | ,257**  | ,225** | ,217**  | ,261**  | ,315** | ,309** | ,327**  | ,261**  | ,562** | 1,00   |        |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 42. Azar                  | -0,02   | -0,11   | -0,03   | ,195*  | ,377** | ,300** | 0,02    | ,179*  | ,259**  | 0,13    | 0,09   | ,264** | -0,01   | ,309**  | 0,15   | 0,07   | 1,00   |        |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 43. Automerrecimiento     | -0,08   | 0,11    | -0,11   | ,252** | 0,12   | ,188*  | ,171*   | 0,11   | ,243**  | ,231**  | ,205** | ,265** | -0,05   | ,196*   | 0,15   | 0,12   | ,203** | 1,00   |         |        |         |         |         |         |         |  |
| 44. Autocontrol           | ,371**  | ,355**  | ,515**  | ,212** | ,187*  | ,289** | ,249**  | ,266** | ,217**  | ,302**  | ,418** | ,384** | ,362**  | ,408**  | ,257** | ,347** | ,204** | -0,03  | 1,00    |        |         |         |         |         |         |  |
| 45. Suerte                | 0,16    | ,165*   | ,225**  | ,216** | 0,02   | 0,14   | ,160*   | 0,13   | 0,02    | ,230**  | ,225** | ,207** | ,437**  | ,360**  | ,275** | ,166*  | 0,10   | 0,06   | ,336**  | 1,00   |         |         |         |         |         |  |
| 46. Creencias mundo ttal  | ,167*   | ,199*   | ,278**  | ,323** | ,259** | ,324** | ,229**  | ,305** | ,286**  | ,378**  | ,450** | ,455** | ,638**  | ,686**  | ,654** | ,610** | ,442** | ,307** | ,632**  | ,626** | 1,00    |         |         |         |         |  |
| 47. Autoaceptación        | ,340**  | 0,12    | ,366**  | 0,07   | 0,05   | 0,13   | -0,02   | 0,06   | -0,01   | 0,06    | 0,11   | 0,08   | ,170*   | ,304**  | 0,14   | 0,09   | ,165*  | -,183* | ,365**  | ,176*  | ,272**  | 1,00    |         |         |         |  |
| 48. Relac. positivas      | ,266**  | 0,09    | ,282**  | 0,09   | -0,02  | 0,02   | 0,13    | 0,08   | -,159*  | 0,12    | 0,06   | 0,06   | ,171*   | 0,07    | 0,02   | 0,01   | -0,02  | -0,12  | ,193*   | -0,01  | 0,07    | ,398**  | 1,00    |         |         |  |
| 49. Autonomía             | ,178*   | 0,09    | ,219**  | -0,02  | -0,11  | -0,14  | -0,05   | -0,13  | -,308** | 0,02    | -,188* | -,164* | 0,08    | -0,04   | 0,04   | 0,01   | -0,14  | -,166* | 0,07    | 0,06   | -0,01   | ,296**  | ,307**  | 1,00    |         |  |
| 50. Propósito vida        | ,268**  | 0,10    | ,333**  | 0,13   | 0,02   | 0,14   | 0,05    | 0,09   | 0,02    | 0,06    | 0,10   | 0,11   | 0,10    | ,214**  | 0,15   | 0,04   | 0,11   | -0,09  | ,324**  | 0,15   | ,221**  | ,827**  | ,341**  | ,276**  | 1,00    |  |
| 51. Dominio entorno       | ,262**  | 0,09    | ,256**  | 0,14   | -0,02  | 0,14   | 0,09    | ,226** | -0,07   | 0,15    | 0,06   | 0,13   | 0,12    | 0,13    | 0,12   | 0,05   | 0,04   | -0,11  | ,214**  | ,170*  | ,170*   | ,545**  | ,422**  | ,378**  | ,559**  |  |
| 52. Crecimiento pers.     | ,311**  | 0,15    | ,304**  | 0,05   | 0,01   | 0,03   | 0,03    | -0,05  | -,214** | 0,06    | -0,04  | -0,02  | 0,12    | 0,10    | 0,02   | -0,07  | 0,06   | -,195* | ,222**  | 0,11   | 0,09    | ,539**  | ,366**  | ,393**  | ,614**  |  |
| 53. Bienestar psic. ttal  | ,368**  | 0,14    | ,401**  | 0,10   | -0,01  | 0,08   | 0,05    | 0,06   | -0,15   | 0,10    | 0,03   | 0,05   | ,173*   | ,188*   | 0,11   | 0,03   | 0,06   | -,193* | ,324**  | 0,15   | ,195*   | ,838**  | ,631**  | ,574**  | ,842**  |  |
| 54. Somatizacion          | -,298** | -,198*  | -,316** | -0,09  | -0,03  | -0,01  | -,205** | -0,01  | 0,08    | -,257** | -,164* | -0,13  | -,203** | -0,14   | -0,12  | -,191* | 0,07   | 0,00   | -,277** | -,163* | -,223** | -,210** | -0,15   | -0,14   | -0,15   |  |
| 55. Obsesion-comp.        | -,328** | -,192*  | -,400** | -0,05  | -0,02  | -0,03  | -0,14   | 0,03   | ,224**  | -,233** | -0,14  | -0,07  | -,245** | -0,13   | -0,02  | -0,06  | ,168*  | 0,14   | -,258** | -,189* | -0,14   | -,323** | -,354** | -,298** | -,243** |  |
| 56. Sensib. Interpers.    | -,215** | -0,03   | -,239** | -0,03  | 0,02   | 0,03   | -0,11   | 0,06   | ,217**  | -0,15   | 0,00   | 0,01   | -,209** | -0,07   | -0,02  | -0,03  | 0,05   | ,178*  | -,179*  | -1,72* | -0,11   | -,271** | -,357** | -,324** | -,256** |  |
| 57. Depresión             | -,251** | -0,14   | -,355** | -0,02  | 0,01   | 0,01   | -0,12   | -0,03  | ,204**  | -,183*  | -0,10  | -0,05  | -,253** | -0,10   | 0,00   | -0,06  | 0,12   | ,156*  | -,275** | -0,10  | -0,12   | -,314** | -,369** | -,260** | -,231** |  |
| 58. Ansiedad              | -,357** | -,159*  | -,333** | -0,04  | -0,09  | 0,03   | -0,15   | 0,00   | ,181*   | -,213** | -0,04  | -0,06  | -,175*  | -0,05   | -0,03  | -0,02  | 0,05   | 0,06   | -,249** | -0,12  | -0,13   | -,218** | -,330** | -,206** | -,174*  |  |
| 59. Hostilidad            | -,367** | -,241** | -,322** | -0,03  | -0,04  | 0,09   | -,181*  | 0,07   | 0,10    | -0,15   | -0,05  | -0,03  | -0,09   | 0,05    | 0,06   | -0,03  | 0,13   | 0,13   | -,240** | 0,00   | -0,01   | -,186*  | -,289** | -0,12   | -0,14   |  |
| 60. Ansiedad fobica       | -,256** | -,178*  | -,323** | -0,08  | -0,05  | 0,00   | -0,07   | -0,02  | ,170*   | -,180*  | -0,05  | -0,05  | -,255** | -,221** | -0,12  | -0,05  | 0,07   | 0,03   | -,278** | -,179* | -,218** | -,309** | -,358** | -,163*  | -,280** |  |
| 61. Id. paranoide         | -,258** | -0,01   | -,165*  | -0,15  | 0,05   | 0,00   | -0,12   | 0,02   | ,229**  | -,184*  | -0,01  | -0,03  | -,209** | -0,11   | 0,01   | 0,03   | 0,02   | 0,10   | -0,14   | -,176* | -0,11   | -,220** | -,438** | -,211** | -,185*  |  |
| 62. Psicoficismo          | -,343** | -,175*  | -,388** | 0,07   | -0,01  | 0,04   | -0,07   | 0,04   | 0,13    | -0,11   | -0,01  | 0,01   | -,264** | -,170*  | 0,07   | 0,04   | 0,01   | ,175*  | -,334** | -,191* | -0,16   | -,349** | -,376** | -0,15   | -,266** |  |
| 63. Malestar psic.        | -,360** | -,164*  | -,385** | -0,05  | -0,02  | 0,03   | -0,15   | 0,04   | ,206**  | -,215** | -0,07  | -0,05  | -,263** | -0,13   | -0,03  | -0,04  | 0,09   | 0,14   | -,299** | -,187* | -,167*  | -,333** | -,416** | -,261** | -,270** |  |
| 64. Salud perc.           | -,238** | -0,15   | -,302** | -0,09  | -0,07  | 0,02   | -0,11   | 0,12   | ,190*   | -0,12   | -0,04  | -0,02  | -0,10   | -0,02   | -0,05  | -0,01  | 0,02   | 0,10   | -0,14   | -0,02  | -0,06   | -,270** | -,179*  | -,159*  | -,209** |  |
| 65. Agresividad fisica    | -,335** | -,178*  | -,229** | 0,11   | 0,01   | 0,14   | -0,10   | 0,10   | 0,10    | -0,02   | -0,01  | 0,05   | -0,09   | 0,07    | 0,11   | 0,04   | 0,15   | 0,09   | -0,12   | 0,02   | 0,05    | -0,10   | -,226** | -0,08   | -0,09   |  |
| 66. Agresividad verbal    | -,287** | 0,01    | -0,14   | ,161*  | -0,07  | 0,09   | -0,02   | 0,03   | -0,05   | -0,01   | -0,05  | 0,01   | -0,07   | 0,00    | ,226** | 0,13   | 0,15   | 0,14   | -0,11   | 0,09   | 0,13    | -0,11   | -0,13   | -0,02   | -0,08   |  |
| 67. Ira                   | -,226** | -0,07   | -,171*  | ,188*  | 0,00   | 0,14   | -0,01   | 0,09   | 0,08    | -0,02   | 0,02   | 0,08   | -0,10   | 0,07    | ,188*  | 0,08   | ,178*  | ,179*  | -0,06   | ,200*  | ,163*   | -0,10   | -,271** | -0,13   | -0,08   |  |
| 68. Hostilidad            | -,183*  | 0,07    | -,158*  | 0,06   | 0,06   | ,193*  | 0,02    | 0,15   | ,161*   | 0,03    | 0,03   | 0,12   | -0,14   | -0,06   | 0,07   | 0,05   | 0,11   | ,181*  | -0,09   | -0,06  | 0,01    | -,176*  | -,332** | -,236** | -0,15   |  |
| 69. N. global agresividad | -,304** | -0,06   | -,206** | ,157*  | 0,00   | ,162*  | -0,03   | 0,11   | 0,08    | -0,01   | 0,00   | 0,08   | -0,12   | 0,03    | ,178*  | 0,08   | ,176*  | ,170*  | -0,11   | 0,08   | 0,11    | -0,14   | -,280** | -0,13   | -0,11   |  |
| 70. Suicidio              | -,395** | -,227** | -,473** | -0,01  | 0,00   | 0,04   | -0,11   | -0,02  | 0,14    | -0,12   | -0,09  | -0,03  | -,275** | -,191*  | 0,02   | -0,04  | 0,13   | ,291** | -,316** | -,166* | -0,13   | -,390** | -,313** | -,187*  | -,328** |  |



Tabla 7.3.0 (cont.). Correlaciones entre las variables objeto de este estudio

|                           | 51      | 52      | 53      | 54     | 55     | 56     | 57     | 58     | 59     | 60     | 61     | 62     | 63     | 64     | 65     | 66     | 67     | 68     | 69     | 70   |
|---------------------------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| 51. Dominio entorno       | 1,00    |         |         |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 52. Crecimiento pers.     | ,530**  | 1,00    |         |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 53. Bienestar psic. ttal  | ,759**  | ,775**  | 1,00    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 54. Somatizacion          | -,188*  | -0,02   | -,193*  | 1,00   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 55. Obsesion-comp.        | -,241** | -,202*  | -,373** | ,681** | 1,00   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 56. Sensib. Interpers.    | -,290** | -,227** | -,384** | ,496** | ,665** | 1,00   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 57. Depresion             | -,205** | -0,15   | -,345** | ,585** | ,702** | ,659** | 1,00   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 58. Ansiedad              | -,196*  | -0,12   | -,279** | ,701** | ,714** | ,637** | ,749** | 1,00   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 59. Hostilidad            | -0,13   | -,183*  | -,234** | ,531** | ,532** | ,421** | ,499** | ,628** | 1,00   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 60. Ansiedad fobica       | -,260** | -0,15   | -,344** | ,572** | ,633** | ,593** | ,655** | ,687** | ,446** | 1,00   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 61. Id. paranoide         | -,273** | -,215** | -,342** | ,448** | ,565** | ,719** | ,625** | ,633** | ,449** | ,549** | 1,00   |        |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 62. Psicoticismo          | -,262** | -,192*  | -,363** | ,587** | ,674** | ,662** | ,751** | ,724** | ,575** | ,657** | ,631** | 1,00   |        |        |        |        |        |        |        |      |
| 63. Malestar psic.        | -,275** | -,200*  | -,395** | ,759** | ,844** | ,803** | ,856** | ,887** | ,693** | ,777** | ,776** | ,855** | 1,00   |        |        |        |        |        |        |      |
| 64. Salud perc.           | -,166*  | -,156*  | -,260** | ,591** | ,521** | ,430** | ,492** | ,547** | ,293** | ,462** | ,320** | ,421** | ,572** | 1,00   |        |        |        |        |        |      |
| 65. Agresividad fisica    | -0,10   | -0,11   | -,159*  | ,256** | ,346** | ,239** | ,257** | ,379** | ,595** | ,230** | ,296** | ,433** | ,418** | ,222** | 1,00   |        |        |        |        |      |
| 66. Agresividad verbal    | -0,08   | -0,02   | -0,10   | 0,13   | ,209** | ,170*  | 0,15   | ,268** | ,448** | 0,12   | ,186*  | ,342** | ,285** | ,191*  | ,648** | 1,00   |        |        |        |      |
| 67. Ira                   | -0,07   | -0,08   | -,162*  | ,167*  | ,251** | ,215** | ,258** | ,311** | ,493** | ,158*  | ,267** | ,383** | ,350** | ,204** | ,724** | ,698** | 1,00   |        |        |      |
| 68. Hostilidad            | -0,15   | -0,14   | -,263** | ,171*  | ,390** | ,469** | ,387** | ,363** | ,352** | ,327** | ,466** | ,489** | ,476** | ,267** | ,569** | ,536** | ,599** | 1,00   |        |      |
| 69. N. global agresividad | -0,12   | -0,10   | -,197*  | ,212** | ,346** | ,311** | ,303** | ,386** | ,560** | ,238** | ,349** | ,479** | ,444** | ,257** | ,871** | ,847** | ,901** | ,777** | 1,00   |      |
| 70. Suicidio              | -,259** | -,208** | -,386** | ,506** | ,575** | ,466** | ,570** | ,507** | ,432** | ,521** | ,408** | ,610** | ,639** | ,553** | ,427** | ,319** | ,362** | ,426** | ,448** | 1,00 |

# AUTORIZACION PARA REALIZAR LA INVESTIGACION



MINISTERIO  
DEL INTERIOR



SECRETARIA GENERAL  
DE INSTITUCIONES  
PENITENCIARIAS

GABINETE TÉCNICO

O F I C I O

SREF.  
NREF.  
FECHA  
ASUNTO

14 de septiembre de 2011  
Investigación funcionario

Sra. D<sup>a</sup>. Zulema Altamirano Argudo  
Psicóloga C.P. Herrera de la Mancha

En contestación a la solicitud presentada en esta Unidad de Apoyo por la funcionaria del Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias (Psicóloga) de ese Centro Penitenciario D<sup>a</sup>. **Zulema Altamirano Argudo**, para realizar un trabajo de investigación bajo el título: **"Estrés, bienestar psicológico y subjetividad en prisión"**, le comunico que se autoriza lo solicitado.

Se adjunta copia de la autorización y de las condiciones a respetar en el trabajo de investigación que deberá ser firmado por el funcionario para constancia escrita de su conformidad en la dirección del Centro.

LA VOCAL ASESORA



Fernando González Vinuesa

CORREO ELECTRÓNICO

Unidad.apoyo@dgip.mir.es

ALCALÁ, 38  
28014 MADRID  
TEL.: 91 335 4954  
FAX.: 91 335 4050

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el Centro Penitenciario de Herrera de la Mancha, a .....de .....de 2011/2012

### REUNIDOS

De una parte la psicóloga del Centro Penitenciario, con N° de carné profesional 94401.

Y de otra D. ...., mayor de edad y provisto de Documento interior N° .....

### INTERVIENEN

Ambos en su propio nombre y representación, reconociéndose la capacidad legal necesaria para llevar a cabo el presente consentimiento informado para la evaluación psicológica del interno, y a tal efecto.

### EXPONEN

- i. Que D. ....interno en el Centro Penitenciario de Herrera de la Mancha, accede libre y voluntariamente a ser entrevistado y a cumplimentar las pruebas de autoinforme como parte de su evaluación psicológica.
- ii. Que acepta que la información proporcionada a través de estas pruebas sea tratada y analizada con arreglo a las siguientes

### CLAUSULAS

**Primera.** El interno es conocedor del contenido de la evaluación psicológica y cada una de las pruebas de autoinforme le es explicada previamente para que conozca su finalidad y el modo de cumplimentarlas.

**Segunda.** Los resultados de dicha evaluación serán entregados y explicados al interno en entrevista individual para su conocimiento.

**Tercera.** Los resultados proporcionados por el interno a través de esta evaluación psicológica podrán utilizarse como datos para el estudio “estrés, bienestar psicológico y subjetividad en prisión”, con las siguientes condiciones:

1. Ocultando en todo momento la identidad del interno,
2. Sin hacer uso de información de especial sensibilidad (enfermedades físicas, orientación sexual, etc.),
3. Informando al interno, al final de la investigación, de los principales resultados obtenidos a través de la misma.

**Cuarta.** El interno que participe en el Programa de Bienestar Psicológico contará con un Perfil Individual a partir de la evaluación psicológica referida. Algunas de las pruebas realizadas en este momento volverán a administrarse al final del referido programa para conocer los resultados y mejoras obtenidos a partir del mismo.

**Quinta.** El interno accede a que los datos proporcionados en la evaluación sean analizados conjuntamente, en el caso de participar en el Programa de Bienestar, para conocer los resultados de dicho programa sobre el conjunto de los participantes.

Y para que conste, y en prueba de conformidad, se firma el presente documento por duplicado en el lugar y fecha de encabezamiento.

LA PSICÓLOGA

EL INTERNO

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

### Datos personales

|  |  |  |          |                                 |                     |
|--|--|--|----------|---------------------------------|---------------------|
| Edad   |  | Lugar de nacimiento                      |          | Si extranjero, tiempo en España |                     |
| Lugar de residencia                          |  | Tipo de vivienda                         | Comprada | En alquiler                     | En casa de familiar |
| Nivel de ingresos mensual antes de entrar    |  | Con quien vives                          |          | Estado civil                    |                     |
| Nº de hijos                                  |  | Relación con ellos                       |          |                                 |                     |
| Nivel de estudios antes de entrar en prisión |  | Profesión                                |          |                                 |                     |
| Discapacidad                                 |  | ¿Alguna enfermedad mental diagnosticada? |          |                                 |                     |

### Familia de origen

|  |         |                   |                                 |                         |        |                                     |
|--|---------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|--------|-------------------------------------|
| Nivel socioeconómico familiar                          | Alto    | Medio             | Bajo                            | Profesión de padres     | Padre: | Madre:                              |
| Relación entre padres                                  | Buena   | Mala              | Ninguna                         | Separados / divorciados |        | Desde qué año:                      |
| ¿Han fallecido alguno de tus padres?                   |         |                   |                                 | En qué año:             |        | De qué:                             |
| ¿Ha habido maltrato de tu padre a tu madre?:           |         | Tipo de maltrato: |                                 |                         |        | ¿Ha habido denuncias?               |
| Nº de hermanos   | Chicos: | Chicas:           |                                 | Lugar que ocupas        |        | ¿Alguno ha fallecido?               |
| ¿Alguien de tu familia ha estado en prisión?           |         | Delito            |                                 |                         |        | ¿Cuánto tiempo?                     |
| ¿Alguien de tu familia ha consumido drogas?            |         |                   | ¿Y alcohol?                     |                         |        | Enfermedades mentales en tu familia |
| Tipo de educación recibida                             |         |                   | Tipos de castigos               |                         |        | Malos tratos                        |
| ¿Te has peleado o has agredido a alguien de tu familia |         |                   |                                 | Motivo                  |        |                                     |
| ¿Tuviste una infancia feliz?                           |         |                   | ¿Te fugaste de casa alguna vez? |                         |        | ¿A qué edad te independizaste?      |

## Familia adquirida

|                                    |    |    |                                 |  |   |  |                       |
|------------------------------------|----|----|---------------------------------|--|---|--|-----------------------|
| Pareja actual                      | Si | No | Edad                            |  | Profesión                                     |  | ¿Trabaja actualmente? |
| ¿Cómo os conocisteis?              |    |    | Tiempo de relación              |  | Número de hijos en común                      |  |                       |
| ¿Ha estado ella en prisión?        |    |    | ¿Ha consumido drogas o alcohol? |  | ¿Os habéis separado alguna vez temporalmente? |  |                       |
| ¿Os habéis pegado alguna vez?      |    |    | ¿Por qué soléis discutir?       |  |   |  |                       |
| Ultimo conflicto que habéis tenido |    |    |                                 |  |   |  |                       |
| ¿Qué te gusta de ella?             |    |    |                                 |  |   |  |                       |

### Relación anterior más larga

|                          |  |                    |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------|--|--------------------------|--|
| Tiempo de relación       |  | Motivo de ruptura  |  | Número de hijos en común |  |
| Relación actual con ella |  | Relación con hijos |  | ¿Les pasas una pensión?  |  |

### Tipo de relaciones

|                                       |  |                                  |  |                                   |  |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| Nº de relaciones estables hasta ahora |  | Nº de relaciones esporádicas     |  | ¿Has sido infiel?                 |  |
| ¿Eres celoso?                         |  | ¿Has estado enamorado de verdad? |  | ¿Qué valoras más en una relación? |  |

## Área educativa

|                              |  |                    |  |   |
|------------------------------|--|--------------------|--|---|
| Edad hasta la que estudiaste |  | Motivo de abandono |  | ¿Te arrepientes de haber abandonado los estudios? |
|------------------------------|--|--------------------|--|---|

## Área laboral

|                             |  |                                      |                              |                |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------|----------------|
| Ultima ocupación            |  | Situación antes de entrar en prisión |                              | Años cotizados |
| Puestos de trabajo ocupados |  |                                      | Puesto que más te ha gustado |                |
| Años de experiencia         |  |                                      | Pensión por Invalidez        |                |

## Área de salud

### Salud físicas

|                                      |     |             |                       |                         |                            |                      |
|--------------------------------------|-----|-------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| Actualmente:                         | VIH | Hepatitis C | Diabetes              | Problemas circulatorios | Problemas de corazón       | Problemas digestivos |
| Otro tipo:                           |     |             | Estado físico general |                         | Horas de ejercicio semanal |                      |
| Enfermedades que has tenido antes de |     |             |                       | % discapacidad          |                            |                      |

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| entrar en prisión |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|

### Salud mental

|                           |  |               |                                  |                     |  |
|---------------------------|--|---------------|----------------------------------|---------------------|--|
| Trastornos diagnosticados |  | Alucinaciones |                                  | Perdidas de memoria |  |
| Estado de ánimo actual    |  |               | ¿Alguna vez ha estado deprimido? |                     |  |
| Medicación que toma       |  |               |                                  |                     |  |

### Área toxicofílica

|  |                             |                           |                         |                                      |                      |
|--|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| ¿Ha consumido drogas antes de entrar en prisión? | De forma habitual           | De forma esporádica       | Nunca                   | Sustancias que ha consumido          |                      |
| Edad de inicio en el consumo                     |                             | Motivo                    |                         | ¿Cómo se lo costeaba?                |                      |
| ¿Ha realizado tratamientos de deshabituación?    | En prisión:<br>En la calle: |                           | Periodos de abstinencia | Desde....<br>Desde....               | Hasta...<br>Hasta... |
| ¿Toma metadona?                                  | Cantidad:                   | ¿Qué consume actualmente? |                         | ¿Tiempo que lleva sin consumir nada? |                      |

### Datos penales

|                                   |                      |                               |                       |                                  |                      |                     |  |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------|--|
| Delito actual                     |                      | Condena                       |                       | Fecha ingreso                    |                      | Fecha cumplimiento  |  |
| Tiempo continuado en prisión      |                      | ¿Por qué lo hiciste?          |                       | ¿Te preocupa lo que hiciste?     |                      |                     |  |
| Nº Ingresos anteriores            | Año:<br>Año:<br>Año: | Delito:<br>Delito:<br>Delito: |                       | Condena:<br>Condena:<br>Condena: |                      | Edad de 1er ingreso |  |
| ¿Ha estado en Centros de Menores? | ¿Cuánto tiempo?      |                               | Edad de primer delito |                                  | ¿Por qué lo hiciste? |                     |  |

### Datos penitenciarios

|                         |  |   |   |                      |   |                                   |                                 |
|-------------------------|--|---|---|----------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Actividades en prisión  | Destino:<br>Escuela:<br>Cursos formativos: |   | Programas de tratamiento:<br>Trabajo remunerado:<br>Taller ocupacional: |                      | Gimnasio:<br>Lectura:<br>Ver TV:        |                                   | Ajedrez:<br>Parchís:<br>Pasear: |
| Actividades en la celda | Ejercicio físico:<br>Dormir:<br>Ver TV:    |   | Charlar:<br>Escribir:<br>Leer:  |                      | Pasatiempos:<br>Manualidades:<br>Otros: |                                   |                                 |
| Sanciones               | Actualmente:<br>En el pasado:              | Si<br>Si  | No<br>No  | Fecha:<br>Fechas:    |   | Motivo:<br>Motivos:               |                                 |
| Sale de permiso:        | Si<br>No                                   | Nº de permisos                                      |   | ¿Con quién?          |   | Permisos en ingresos anteriores   | ¿Algún quebrantamiento?         |
| Horas de sueño          |  | Ha engordado o adelgazado desde que está en prisión |   | ¿Fuma?               | No<br>Si<br>¿Cuánto?                    |                                   | ¿Tiene peculio?                 |
| ¿Comunica?              |  | Nº de personas que vienen a verle                   |   | ¿Con qué frecuencia? |   | Nº de llamadas de tlf a la semana |                                 |
| Nº de cartas que recibe |  |   | ¿Tienes algún buen  |                      |   | ¿Tienes algún buen                |                                 |

mensualmente

| amigo dentro de prisión?

| amigo en la calle?

## Bienestar psicológico

A continuación, lee atentamente las siguientes frases y contesta de 1 a 6 según estés de acuerdo con cada frase, siendo 1 Totalmente en Desacuerdo, y 6, Totalmente de Acuerdo.

|    |   | Totalmente en desacuerdo | Bastante desacuerdo | Algo en desacuerdo | Algo de acuerdo | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|----|---|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|
| 1  | Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas                            | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 2  | A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.             | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 3  | No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 4  | Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida                                       | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 5  | Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 6  | Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad                                       | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 7  | En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 8  | No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar  | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 9  | Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 10 | He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto  | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 11 | Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo                                      | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 12 | Siento que mis amistades me aportan muchas cosas  | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 13 | Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 14 | En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 15 | Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro                 | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 16 | Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí                     | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 17 | Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad  | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 18 | Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general                                  | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 19 | Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 20 | Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 21 | En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo  | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 22 | No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 23 | Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos  | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 24 | En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 25 | Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí                                      | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 26 | Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como person                                  | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 27 | Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona                                   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |
| 28 | Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento                                   | 1                        | 2                   | 3                  | 4               | 5                   | 6                     |

## Acontecimientos vitales estresantes

Por favor, señale con un círculo aquellos eventos que le hayan sucedido en el último año y el impacto que para Ud. ha tenido en una escala de 1 a 5, representando 1 un mínimo impacto y 5 un impacto muy alto.

|   | ¿Le ha ocurrido? |    |
|---|------------------|----|
|   | SI               | NO |
| 1. Muerte del cónyuge                                   | SI               | NO |
| 2. Divorcio o separación                                | SI               | NO |
| 3. Encarcelamiento                                      | SI               | NO |
| 4. Muerte de un familiar cercano                        | SI               | NO |
| 5. Matrimonio   | SI               | NO |
| 6. Reconciliación                                       | SI               | NO |
| 7. Inicio de una relación íntima o noviazgo             | SI               | NO |
| 8. Lesión o enfermedad personal                         | SI               | NO |
| 9. Rotura de un noviazgo o relación similar             | SI               | NO |
| 10. Embarazo de su pareja                               | SI               | NO |
| 11. Dificultades sexuales                               | SI               | NO |
| 12. Hijos bajo el cuidado de otra persona o institución | SI               | NO |
| 13. Dificultades en la educación o cuidado de los hijos | SI               | NO |
| 14. Enfermedad grave de un miembro de la familia        | SI               | NO |
| 15. Ruptura de relación con la familia                  | SI               | NO |
| 16. Muerte de un amigo íntimo                           | SI               | NO |
| 17. Problemas de alcoholismo y/o drogadicción           | SI               | NO |
| 18. Incorporación de un nuevo miembro a la familia      | SI               | NO |
| 19. Reducción sustancial del nivel de ingresos          | SI               | NO |
| 20. Conflictos con la pareja                            | SI               | NO |
| 21. Accidente o situación de violencia física           | SI               | NO |
| 22. Pérdida del trabajo                                 | SI               | NO |
| 23. Juicios pendientes                                  | SI               | NO |
| 24. Cambio de Centro Penitenciario                      | SI               | NO |
| 25. La familia ha dejado de venir a comunicar con Ud.   | SI               | NO |
| 26. Ha perdido todo contacto con su mujer y/o hijos     | SI               | NO |
| 27. Ha empezado a trabajar en el Centro Penitenciario   | SI               | NO |
| 28. Problemas con compañero de celda                    | SI               | NO |
| 29. Conflictos o pelea con otro/s interno/s             | SI               | NO |
| 30. Presiones en el módulo                              | SI               | NO |
| 31. Cambios en la rutina personal diaria                | SI               | NO |
| 32. Ha dejado de recibir ayuda económica de su familia  | SI               | NO |
| 33. Sale de prisión en unos meses                       | SI               | NO |



## Estrés Percibido

Marque con una "X" la opción que mejor se adecue a su situación actual, teniendo en cuenta el último mes.

|   | Nunca | Casi nunca | De vez en cuando | A menudo | Muy a menudo |
|---|-------|------------|------------------|----------|--------------|
| 1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?                         | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |
| 2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?                 | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |
| 3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?  | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |
| 4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?           | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |
| 5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?  | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |
| 6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?                | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |
| 7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?                                     | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |
| 8. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que todo le controlaba?  | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |
| 9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |
| 10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?          | 1     | 2          | 3                | 4        | 5            |

## Molestias en prisión

Indica, por favor, hasta qué punto te causa molestia o malestar las siguientes circunstancias, siendo 1 : nada y 5: mucho.

|  | Nada | Muy poco | Algo | Bastante | Mucho |
|--|------|----------|------|----------|-------|
| El hacinamiento del módulo                 | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| El ruido                                   | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| La comida (calidad, variedad, cantidad...) | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| La violencia                               | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| Las presiones                              | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| Los horarios                               | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| La higiene                                 | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| La falta de control                        | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| El tipo de gente que hay en la cárcel      | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| Las amenazas                               | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| El compañero de celda                      | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |
| El trato de los funcionarios               | 1    | 2        | 3    | 4        | 5     |

## Apoyo Social

Rodea con un círculo, por favor, una de las opciones que se te presentan en cada pregunta (puntuar de 1 a 4).

|  | (1)   | (2)   | (3)   | (4)     |
|--|-------|-------|-------|---------|
| 1. Cuando tienes un problema en el Centro Penitenciario, ¿a cuántas personas se lo cuentas?  | 0     | 1 o 2 | 2 o 3 | 4 o más |
| 2. Cuando necesitas ayuda para realizar alguna actividad cotidiana, ¿con cuántas personas puedes contar que te ayuden a resolverlo?    | 0     | 1 o 2 | 2 o 3 | 4 o más |
| 3. ¿Cuántos amigos tienes con los que puedas salir normalmente a divertirte?   | 0 a 2 | 3 a 5 | 6 a 8 | 9 o más |
| 4. Cuando te sientes triste, desanimado o cuando tienes un problema sentimental y /o emocional, ¿a cuántas personas puedes contárselo? | 0     | 1 o 2 | 2 o 3 | 4 o más |
| 5. ¿a cuántas personas de tu familia puedes confiar tus dudas y problemas?   | 0     | 1 o 2 | 2 o 3 | 4 o más |

A continuación se presenta una lista de frases sobre tus relaciones sociales con tu familia y amigos. Por favor, indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de estas frases, rodeando con un círculo el número que mejor refleje tu opinión.

|  | Casi nunca o nunca | A veces si | Casi siempre | Siempre |
|--|--------------------|------------|--------------|---------|
| 1. Mis amigos me respetan  | 1                  | 2          | 3            | 4       |
| 2. MI familia se preocupa mucho por mí                                 | 1                  | 2          | 3            | 4       |
| 3. Mi familia me valora mucho  | 1                  | 2          | 3            | 4       |
| 4. Puedo confiar en mis amigos   | 1                  | 2          | 3            | 4       |
| 5. Soy muy querido por mi familia                                      | 1                  | 2          | 3            | 4       |
| 6. Los miembros de mi familia confían en mí                            | 1                  | 2          | 3            | 4       |
| 7. Tengo un fuerte lazo afectivo con mis amigos                        | 1                  | 2          | 3            | 4       |
| 8. Mis amigos y yo somos realmente importantes los unos para los otros | 1                  | 2          | 3            | 4       |
| 9. Me siento integrado en un grupo de personas                         | 1                  | 2          | 3            | 4       |
| 10. No me siento cercano a los miembros de mi familia                  | 1                  | 2          | 3            | 4       |

## Recursos psicológicos

Nos gustaría conocer cómo te sientes y eres en general. Por favor, contesta de forma muy sincera a todas las preguntas que se te han proporcionado. A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre situaciones que podemos experimentar a lo largo de nuestra vida. Al leer cada afirmación valora y responde de forma espontánea si refleja lo que generalmente piensas sobre cómo te sientes o eres, de la siguiente manera:

(3) Si la frase es completamente cierta para cómo te sientes o eres, es decir, si estás **Totalmente de acuerdo** con ella

(2) Si la frase es moderadamente cierta para cómo te sientes o eres, es decir, si estás **De acuerdo** con la frase.

(1) Si la frase es moderadamente falsa para cómo te sientes o eres, es decir, si estás **En desacuerdo** con ella.

(0) Si la frase es completamente falsa para cómo te sientes o eres, es decir, si estás **En total desacuerdo** con la frase

|  | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | En total desacuerdo |
|--|-----------------------|------------|---------------|---------------------|
| 1. Considero que los problemas de la vida son retos a superar                            | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 2. Todo me parece interesante en la vida.  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 3. Trato que los pequeños problemas no me inquieten                                      | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 4. Soy consciente de mis sentimientos en diferentes situaciones                          | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 5. Analizo los pros y contras de cada situación  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 6. A pesar de que una situación me parezca peligrosa sigo adelante y me enfrento a ello. | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 7. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 8. Analizo las situaciones desde varios puntos de vista                                  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 9. Soy una persona con mucha esperanza   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 10. Puedo controlarme y no perder los estribos   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 11. Pienso que para todos los problemas hay una solución                                 | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 12. Cuando alguien me cuenta un problema personal, trato de ponerme en su lugar          | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 13. Me considero una persona optimista   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 14. Me gusta ver el lado bueno de las cosas  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 15. Creo que los retos más que dificultades son oportunidades                            | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 16. Vivo el lado positivo de las cosas   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 17. No me canso con facilidad  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 18. La mayor parte del día me siento bien  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 19. Mi cuerpo está lleno de energía  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 20. Trato de enfrentar los problemas que se me presentan por muy difíciles que sean      | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 21. Creo que en el futuro las cosas me irán bien.  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 22. Cuando me equivoco, no evito reconocer mis errores ante los demás.                   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 23. Me gusta escuchar la opinión de los demás  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 24. No me enfado con facilidad   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 25. Soy fuerte ante las experiencias duras de la vida                                    | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 26. Creo que en la vida hay más cosas buenas que malas                                   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 27. Cuando no tengo la razón sé aceptarlo  | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 28. Soy consciente de los sentimientos que provoco en los demás                          | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 29. Cuando tengo tiempo libre, hago muchas actividades                                   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 30. Ante las dificultades de la vida soy capaz de seguir adelante.                       | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 31. Soy consciente de mis cualidades   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 32. Soy una persona activa físicamente   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 33. Afronto las dificultades de la vida con entereza                                     | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 34. Suelo llevar a cabo muchas actividades con entusiasmo                                | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 35. Me siento capaz de controlar mis miedos y temores                                    | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 36. Soy capaz de darme cuenta de cuando alguien está pasando por un momento difícil.     | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 37. El hecho de poder fracasar en lo que hago, no evita que lo intente                   | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 38. Sé reconocer en mí cuando estoy triste y porqué                                      | 3                     | 2          | 1             | 0                   |
| 39. Busco soluciones a cualquier problema que se me presente                             | 3                     | 2          | 1             | 0                   |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 40. Mantengo la calma ante cualquier situación desagradable | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 41. Soy una persona activa mentalmente                      | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 42. Acepto las críticas que me hacen los demás              | 3 | 2 | 1 | 0 |

## Estrategias de afrontamiento

*Instrucciones:* A continuación se presenta una escala sobre el modo en que usted afronta los problemas o dificultades del día a día. Anote en primer lugar alguna o algunas circunstancias estresantes que le hayan sucedido en el último mes y a continuación señale, de entre una lista de posibles conductas para hacerle frente a esa situación, cuáles son las utilizadas por que usted utilizó. Por favor, lea cada uno de los ítems del cuestionario y señale el número del 0 a 3 que indique en qué medida utilizó usted esta respuesta de afrontamiento.

*Acontecimiento / s estresante/s del último mes:*.....

.....

El criterio es:

|                    |                         |                 |                       |
|--------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------|
| 0                  | 1                       | 2               | 3                     |
| <i>En absoluto</i> | <i>En alguna medida</i> | <i>Bastante</i> | <i>En gran Medida</i> |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. No intenté quemar mis naves, sino que dejé alguna posibilidad abierta                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Confié en que ocurriera un milagro   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Intenté guardar para mí mis sentimientos  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Dormí más de lo habitual  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Me sentí inspirado para hacer algo creativo   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Intenté olvidarme de todo   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Busqué la ayuda de un profesional   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Cambié, maduré como persona   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me disculpé o hice algo para compensar  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Desarrollé un plan de acción y lo seguí   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. De algún modo expresé mis sentimientos  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Salí de la experiencia mejor de lo que entré  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas, medicamentos...           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Tuve fe en algo nuevo   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Redescubrí lo que es importante en la vida  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Cambié algo para que las cosas fueran bien  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Evité estar con la gente  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo                         | 0 | 1 | 2 | 3 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 33. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. No me tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Le conté a alguien cómo me sentía   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Me desquité con los demás   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Recurría a experiencias pasadas; ya me había sucedido antes en una situación similar                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Me negué a creer lo que había ocurrido  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Propuse un par de soluciones distintas al problema  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Cambié algo de mí   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Deseé que la situación se desvaneciera u terminara de algún modo  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Recé  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49- Repasé mentalmente lo que haría o diría   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo                   | 0 | 1 | 2 | 3 |

## Creencias sobre el mundo

### Cuestionario WAS

A continuación encontrará usted una serie de creencias o convicciones personales. Por favor, rodee con un círculo el número que mejor corresponda con su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

|  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
|--|-----------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
|  | Totalmente en<br>desacuerdo |   |   |   |   | Totalmente de<br>acuerdo |
| 1. La gente decente y digna tienen menor probabilidad de que le ocurran desgracias                 | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 2. Por naturaleza, la gente es antipática y desagradable   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 3. Los acontecimientos negativos les ocurren a la gente por azar                                   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 4. La naturaleza del ser humano es básicamente buena   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 5. Las cosas buenas que ocurren en este mundo sobrepasan con creces las malas                      | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 6. El curso de nuestras vidas se encuentra bastante determinado por el azar                        | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 7. En general, en la vida la gente recibe lo que se merece   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 8. Frecuentemente pienso que no soy del todo buena persona   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 9. En este mundo existe más bondad que maldad  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 10. Soy una persona con suerte   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 11. Las desgracias que le ocurren a la gente se deben a errores que previamente han cometido       | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 12. Realmente a la gente no le importa lo que le ocurre a los demás                                | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 13. En general, controlo las situaciones de forma que pueda obtener los mejores resultados para mí | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 14. La gente tendrá buena suerte si es buena persona   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 15. La vida está llena de incertidumbres que están determinadas por el azar                        | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |
| 16. Me considero muy afortunado/a  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        |

|     |  |   |   |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|
| 17. | Casi siempre hago esfuerzos para prevenir lo malo que me pueda ocurrir                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. | Tengo una mala opinión sobre mi mismo  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. | En conjunto, la gente recibe lo que se merece en este mundo                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. | A través de nuestras acciones podemos prevenir las desgracias que nos puedan ocurrir         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. | Si echo un vistazo a mi vida, me doy cuenta que la suerte y el azar me han favorecido        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. | Si la gente lleva a cabo medidas preventivas, se pueden evitar la mayoría de las desgracias  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. | Tomo las medidas preventivas necesarias para protegerme a mi mismo de la mala suerte         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. | En general, creo que la vida es un juego   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. | El mundo actual en el que vivimos es un buen lugar   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. | En general, la gente es amable y servicial   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. | Normalmente me comporto de forma que pueda conseguir lo mejor de mi                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. | Estoy muy satisfecho con el tipo de persona que soy  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. | Las desgracias suelen ocurrir porque la gente no toma las medidas necesarias para protegerse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. | Si se analiza detenidamente, se puede ver que el mundo es un lugar lleno de bondad.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. | Tengo razones para avergonzarme de mi forma de ser.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. | Me considero más afortunado que la mayoría de la gente                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## Personalidad

A continuación, indica según estés de acuerdo o no con las siguientes frases, contestando V si es verdadera o F si es falsa.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. Nunca me han detenido   | V | F |
| 2. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien        | V | F |
| 3. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo | V | F |
| 4. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos                   | V | F |
| 5. Pierdo los estribos y me meto en peleas                               | V | F |
| 6. Me arriesgo y hago cosas temerarias                                   | V | F |
| 7. Me resulta difícil no meterme en líos                                 | V | F |
| 8. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser                       | V | F |
| 9. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas                    | V | F |
| 10. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas               | V | F |
| 11. Nunca he amenazado con suicidarme ni me he autolesionado a propósito | V | F |
| 12. A menudo me siento vacío por dentro                                  | V | F |
| 13. Tengo ataques de ira o enfado  | V | F |
| 14. Soy muy emocional o caprichoso                                       | V | F |
| 15. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales  | V | F |
| 16. Llego al extremo para evitar que la gente me deje                    | V | F |

## Estado de Salud Mental

### BSI

Seguidamente hay una lista de problemas y situaciones que la gente tiene en ocasiones. Por favor, léalas con cuidado y escoja uno de los números que describe mejor hasta que punto se ha sentido afectado por este problema DURANTE EL ÚLTIMO MES. Escoja sólo un número por cada problema y no omita ninguna pregunta. Si cambia de opinión borre su primera selección por completo antes de escoger la nueva. Lea el ejemplo antes de empezar y si tiene alguna pregunta por favor diríjalo al técnico. Muchas gracias por su colaboración.

| EJEMPLO<br>Hasta qué punto se ha sentido afectado por : | Nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Mucho |
|---|------|---------|---------------|----------|-------|
| 1. Dolores en el cuerpo                                 | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |

| Hasta qué punto se ha sentido afectado por :                      | Nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Mucho |
|---|------|---------|---------------|----------|-------|
| 1. Nerviosismo o inquietud interior.                              | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 2. Desmayos o mareos.   | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 3. La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos.       | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 4. Sentir que los demás son culpables de muchos de sus problemas. | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 5. Dificultad para recordar cosas.                                | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 6. Encontrarse fácilmente molesto o irritado.                     | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 7. Dolores en el pecho o en el corazón.                           | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 8. Sentir miedo de espacios abiertos o en las calles.             | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 9. Pensamientos de acabar con su vida.                            | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 10. Sentir que no se puede confiar en mucha gente.                | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 11. Poco apetito.   | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 12. Encontrarse asustado de repente sin razón.                    | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 13. Cambios de genio que no puede controlar.                      | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 14. Sentirse sólo, incluso cuando está con gente.                 | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 15. Sentirse bloqueado para terminar cosas.                       | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 16. Sentir soledad.   | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 17. Sentirse triste.  | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 18. Desinterés por las cosas.                                     | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 19. Sentirse temeroso.  | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 20. Ser fácilmente heridos sus sentimientos.                      | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |

| Hasta qué punto se ha sentido afectado por :                                 | Nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Mucho |
|--|------|---------|---------------|----------|-------|
| 21. Sentir que la gente no es amistosa o usted no les gusta.                 | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 22. Sentirme inferior a los demás.   | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 23. Náuseas o molestias en el estómago.                                      | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 24. Sentirse observado o que hablan de usted.                                | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 25. Tener dificultad para conciliar el sueño.                                | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 26. Tener que revisar o volver a comprobar lo que hace.                      | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 27. Dificultad en tomar decisiones.  | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 28. Miedo a viajar en autobús, metro o tren.                                 | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 29. Dificultad para respirar.  | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 30. Sensaciones repentinas de calor o frío.                                  | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 31. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan. | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 32. Quedarse con la mente en blanco.   | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 33. Adormecimientos u hormigueos en algunas partes de su cuerpo.             | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 34. Ideas de que debiera ser castigado por sus pecados.                      | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 35. Sensaciones de desesperanza ante el futuro.                              | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 36. Problemas de concentración.  | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 37. Sensación de debilidad en partes de su cuerpo.                           | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 38. Sensación de tensión o excitación.                                       | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 39. Pensamientos de muerte o agonía.   | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 40. Tener impulsos de pegar, herir o dañar a alguien.                        | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 41. Tener impulsos de romper o destrozar cosas.                              | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 42. Sentirse muy cohibido con los demás.                                     | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 43. Sentirse incómodo cuando hay mucha gente.                                | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 44. No sentirse nunca cercano con otra persona.                              | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 45. Tener momentos de terror o pánico.                                       | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 46. Enzarsarse con frecuencia en discusiones.                                | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 47. Sentirse nervioso cuando se queda sólo.                                  | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 48. Que los demás no valoran en su medida sus logros.                        | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 49. Sentirse tan inquieto que no podía permanecer sentado.                   | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 50. Sentimientos de inutilidad.  | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 51. Sentir que otros se aprovecharán de usted si se lo permite.              | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 52. Sentimientos de culpa.   | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |
| 53. La idea de que tiene algún problema mental.                              | 0    | 1       | 2             | 3        | 4     |



## Salud percibida

En la siguiente página encontrará algunos problemas de salud cotidianos. Queremos que mire cada uno de ellos y conteste Hasta que punto ha estado afectado durante el último mes por el problema y el número de días que ha sufrido el problema. **Por ejemplo:** Si usted ha sentido que ha tenido algo de gripe o resfriado durante el último mes, con una duración aproximada de una semana, entonces tendría que responder lo siguiente: Hacer un círculo en el número correspondiente a algo (2), y escribir 7 por el número de días que padeció los síntomas de la gripe o resfriado.

| Problemas de salud cotidianos durante el último mes<br>(redondear el número adecuado) |                  | Nada | Un poco | Algo | Grave | Número de días |
|---|------------------|------|---------|------|-------|----------------|
| 1.  | Resfriado, gripe | 0    | 1       | (2)  | 3     | .....7....     |

Es importante que usted registre tanto hasta que punto ha estado afectado durante el último mes por el problema como el número de días que ha sufrido el problema, aproximadamente.

### Problemas de salud cotidianos durante el último mes

| (redondear el número adecuado) |  | Nada | Un poco | Algo | Grave |
|--------------------------------|--|------|---------|------|-------|
| 1.                             | Resfriado, gripe                         | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 2.                             | Tos, bronquitis                          | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 3.                             | Asma                                     | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 4.                             | Dolor de cabeza                          | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 5.                             | Dolor de cuello                          | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 6.                             | Dolor en la parte superior de la espalda | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 7.                             | Dolor en la parte inferior de la espalda | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 8.                             | Dolor en los brazos                      | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 9.                             | Dolor en los hombros                     | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 10.                            | Migraña                                  | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 11.                            | Aumento de los latidos del corazón       | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 12.                            | Dolores pectorales                       | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 13.                            | Respirar con dificultad                  | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 14.                            | Dolor de pies                            | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 15.                            | Acidez de estómago                       | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 16.                            | Malestar estomacal                       | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 17.                            | Gastritis, úlcera                        | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 18.                            | Dolor de estómago                        | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 19.                            | Tener gases                              | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 20.                            | Diarrea                                  | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 21.                            | Estreñimiento                            | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 22.                            | Eczema                                   | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 23.                            | Alergia, problemas de piel               | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 24.                            | Sofocos                                  | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 25.                            | Problemas para dormir                    | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 26.                            | Fatiga, cansancio                        | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 27.                            | Mareos, náuseas, vértigo                 | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 28.                            | Ansiedad                                 | 0    | 1       | 2    | 3     |
| 29.                            | Tristeza, sentirse deprimido             | 0    | 1       | 2    | 3     |



## Frases incompletas

---

Completa, por favor, la frase con aquello que pienses o te venga a la cabeza al leer la frase:

- En la vida, lo más importante es
- Me gusta
- No soporto
- Mi madre es
- Pensar en el futuro
- Cuando dudo entre dos cosas
- Me da miedo
- En esta sociedad, más vale
- La prisión es
- Soy
- Echo de menos
- Creo que
- Los amigos son
- La soledad es
- La gente piensa que yo
- Necesito
- Puedo
- Me cuesta
- Soy bueno en
- Sufro cuando
- Consumo porque
- La felicidad es
- Mi padre es
- Para mí, lo importante es
- Me siento
- En 5 años me veo

## Historia de vida:

---

Se trata de que escribas una biografía de tu vida, dividida en cuatro partes:

- a) **Primera parte:** Tu infancia, es decir, desde tus primeros recuerdos hasta los 14 años.
- b) **Segunda parte:** Desde los 14 hasta los 25 años.
- c) **Tercera parte:** Edad adulta, especialmente tus años antes de entrar en prisión.
- d) **Cuarta parte:** Desde el momento que entraste en prisión hasta hoy.

