



Artículo Original/Original article

Depresión y ansiedad en personas privadas de su libertad

Depression and anxiety in people deprived of their freedom

Ulises Paillón Mejía Rodríguez⁽¹⁾
José Yamid Bolaños Cardozo⁽²⁾

Resumen

La depresión y ansiedad son dos de los trastornos mentales más comunes en la población general, y que más se asocian con un aumento en el riesgo de cometer suicidio. Específicamente la prevalencia de depresión reportada varía del 8 al 12 %, y la ansiedad alcanza una prevalencia de 4,3 a 5,9 %, siendo ambas más frecuentes en mujeres. Por otra parte, los trastornos mentales son más comunes en reclusos que en la población general. Aproximadamente 1 de cada 7 prisioneros tiene una enfermedad mental tratable. La prevalencia de enfermedades mentales graves entre varones y mujeres adultos/as reclusos es de 14,5 % y 31 % respectivamente, lo cual revela un porcentaje considerablemente mayor al 4,1 % (mujeres 4,9 % y hombres 3,2 %) encontrado en la población general.

Palabras Clave: Depresión, Ansiedad, Presos, Libertad, Terapias.

Abstract

Depression and anxiety are two of the most common mental disorders in the general population, and are most associated with an increased risk of committing suicide. Specifically, the reported prevalence of depression varies from 8 to 12 %, and anxiety reaches a prevalence of 4,3 to 5,9 %, both of which are more common in women. Mental disorders are more common in prisoners than in the general population. Approximately 1 in 7 prisoners has a treatable mental illness. The prevalence of serious mental illnesses among incarcerated adult men and women is 14,5 % and 31 % respectively, considerably higher than that found in the general population, which is 4.1% (women: 4,9% and men 3,2 %).

Keywords: Depression, Anxiety, Prisoners, Freedom, Therapies.

⁽¹⁾ Médico Anatómico Patólogo y Patólogo Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal. Doctor en Criminalística Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú.

⁽²⁾ Médico Salud Ocupacional y Protección de Riesgos Laborales UPTC Colombia. Doctor en Criminalística Universidad Privada Norbert Wiener. Tunja, Colombia.



INTRODUCCIÓN

Dentro de la población carcelaria, se ha identificado varios factores de riesgo que condicionan el desarrollo de enfermedades mentales. Ser católico, estar casado, ser padre/madre, tener una sentencia igual o mayor a 18 meses, haber cometido homicidio como causa de ingreso y haber cumplido con un tiempo de reclusión mayor a 6 meses representa un mayor riesgo a desarrollar depresión, ansiedad y cometer suicidio en reclusos. Esta relación ya se ha demostrado en algunos estudios. Fazel y Cartwright, en una revisión sistemática de 592 estudios (n=4780) sobre factores de riesgo para morbilidad psiquiátrica y suicidio en una población privada de su libertad, demostraron que la condición de casados y ser católicos se asociaron con un mayor riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico y cometer suicidio durante la reclusión (1).

Adicionalmente, la condición de paternidad/maternidad de los reclusos representa un importante factor de riesgo. En efecto, la pérdida de contacto de los presos con sus hijos se vinculó con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad (2).

A nivel de literatura científica se tiene una causa-efecto muy fuerte relacionada con el estrés entendido como respuesta ante un agente estresor, como es el hecho del contacto limitado de madres privadas de su libertad con sus hijos, lo cual desencadena como respuesta un deterioro de calidad de vida y un fuerte impacto psicológico, a nivel de trastornos de: personalidad, ansiedad y depresión a causa del distanciamiento de sus hijos y familias (3),(4),(5). En una muestra de “188 reclusos que reportaron ser padres, el 56 % mostró síntomas de depresión por encontrarse separados de sus hijos” (6).

Varios estudios han demostrado que el tiempo de reclusión y la duración de la sentencia son factores de riesgo para depresión y ansiedad; en uno de ellos se resalta lo siguiente: “efectivamente, en una muestra de 4780 reclusos la presencia y el tiempo de sentencia fue directamente proporcio-

nal con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y cometer suicidio, con una posible evidencia de un efecto dosis-respuesta” (1). Los prisioneros sentenciados a condenas que superan su expectativa de vida tuvieron mayor riesgo de suicidio que quienes recibieron sentencias más cortas. De manera similar, Fazel y Danesh publicaron “una revisión sistemática de 12 países, incluyendo 22 790 prisioneros, reportando una prevalencia del 10 % en hombres y del 12 % en mujeres para depresión a los 6 meses de reclusión” (1). Asimismo, debemos señalar que “la mayor parte de evidencia en relación a la salud mental de la población privada de su libertad viene de países desarrollados” (7), principalmente de Estados Unidos. Tomando en cuenta que no solo las condiciones socioeconómicas y políticas de países desarrollados son distintas a las condiciones de los países en vías de desarrollo, sino también el sistema penitenciario y carcelario en sí.

DEPRESIÓN

Existe una teoría integral del origen de los trastornos del estado de ánimo que considera la interacción de dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que acentúan la estrecha relación que existe entre la ansiedad y la depresión; por ende, se puede abordar este tema desde la perspectiva de una persona con algún grado de depresión que también se encuentre en un estado de ansiedad (8).

ANSIEDAD

Desde la conceptualización de la dimensión cognitiva, se afirma que las personas con ansiedad se consideran expuestas a amenazas, sean estas reales o simples ilusiones; por lo cual pueden distorsionar la información confirmando y desestimando todo dato que contradiga su creencia.

En los conceptos de reacción ansiosa normal y reacción inmovilizante, intervienen dos clases de factores: los denominados factores causales, que causan y precipitan las interpretaciones; y los que mantienen niveles elevados de ansiedad, llamados factores de mantenimiento.

La ansiedad se considera un estado emocional tenso caracterizado por una diversidad de sínto-



mas, como dolor torácico, palpitaciones y disnea; se trata de un estado poco placentero y doloroso de la mente que anticipa algún mal. El rasgo característico de la persona ansiosa es “la percepción de una amenaza y la activación de respuestas fisiológicas cuando no existe un peligro real” (9).

Cuando se establece un trastorno de ansiedad, la vulnerabilidad del esquema incorporado da lugar a una serie de procesos “cognitivos distorsivos y recurrentes por los cuales la persona minimiza sus aspectos positivos (minimización), dirige su atención únicamente en sus debilidades y en los estímulos que le confirman su esquema (abstracción)”. Es así como el paciente “amplifica cada impedimento e imposibilidad (magnificación), se anticipa a las peores consecuencias (catastrofización), recupera de su memoria episódica únicamente los recuerdos de sus errores para neutralizar las situaciones ansiógenas” (10).

Otras variables cognitivas que intervienen en la ansiedad son “la probabilidad percibida de amenaza y la significación que le atribuye el sujeto en relación con la capacidad percibida de recursos y los factores de rescate percibidos” (10).

El modelo teórico cognitivo de Beck es una interpretación de compleja interacción con realidad de afectos como “la ansiedad, las creencias y las conductas y no trata la ansiedad como un fenómeno aislado sino como un precipitado que está latente y se alimenta y manifiesta a través de los comportamientos y creencias de las personas” (10).

Romero et al (11) determinaron los niveles de ansiedad en una población de adolescentes infractores; para ello tomaron una muestra de 57 adolescentes internados en un centro educativo de régimen cerrado y aplicaron el instrumento STAI. Entre sus resultados hallaron que el 22,8 % de los jóvenes tenía altos niveles de ansiedad estado y el 21 %, altos niveles de ansiedad rasgo. Esto evidencia que los adolescentes infractores presentan mayores niveles de ansiedad que un adolescente promedio y que la falta de un vínculo con las per-

sonas significativas, durante el periodo de internamiento, aumenta el nivel de ansiedad.

El DSM V define al trastorno mental como un síndrome o patrón de comportamiento psicológico que se produce en un individuo y cuyas consecuencias son clínicamente significativas e incapacitantes, que además refleja una disfunción psicobiológica subyacente. Dicho trastorno tiene validez diagnóstica cuando se usa uno o más conjuntos de validadores diagnósticos y utilidad clínica (9).

Se considera que la población privada de su libertad tiene una morbilidad psiquiátrica hasta tres veces mayor en comparación con la población en general, lo cual se relaciona con una mayor tasa de suicidios en instituciones penitenciarias (1).

La tasa de suicidios en centros de reclusión es 8 veces mayor que la observada en la población en general (1). La presencia de enfermedad psiquiátrica es un fuerte punto sugestivo de suicidio; “más del 90 % de pacientes que intentaron cometer suicidio tuvieron un trastorno psiquiátrico mayor, el 95 % de pacientes que cometieron suicidio tuvieron un diagnóstico psiquiátrico, siendo la depresión y la ansiedad dos de los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados con el aumento en el riesgo autolítico” (12).

Asimismo, la sobrepoblación carcelaria representa por sí misma, uno de muchos factores de estrés; caso distinto en cárceles de países industrializados. En Ecuador, por ejemplo, no existe “asistencia médica psiquiátrica disponible para sus residentes” (13).

Existen varios estudios en Latinoamérica, principalmente en Colombia, Brasil y Chile, en torno a la salud mental de la población privada de su libertad. Benavides, en una investigación con “150 reclusos sentenciados en el Centro Penitenciario Nacional de Palmira, Colombia, encontró que el 68,7 % de los reclusos padecía de algún tipo de trastorno mental” (14). En dicha investigación, se utilizó como instrumento de tamizaje el cuestionario de sínto-



mas SRQ. Un estudio de corte transversal “realizado en la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil con 497 reclusos encontró una tasa de depresión de 18,8 %, y de 14,4 % para trastornos de ansiedad, a través de entrevista psiquiátrica” (14). En una muestra de “1008 prisioneros, en 7 instituciones penales chilenas, se encontró una prevalencia de 8,3 % para trastornos de ansiedad, y 6,1 % para depresión mayor, mucho mayor al encontrado en la población general chilena 3,7 %. Esto se realizó a través de una entrevista psiquiátrica diagnóstica utilizando criterios DSM IV” (15).

Ya señalamos anteriormente que el tiempo de reclusión, así como el ser católico se consideran también desencadenantes en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad dentro de la muestra analizada. El ser católico fue el factor de riesgo que, en mayor medida, se asoció con el desarrollo de depresión y ansiedad. Esta relación “ha sido demostrada en varios estudios. Una revisión sistemática demostró que el ser católico es un factor de riesgo para morbilidad psiquiátrica en prisioneros OR 3,1 (IC 95 % 0,0 – 5,6)” (1). Aunque ser casado, padre/madre, tener sentencia y haber sido condenado por homicidio también tienen relación con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en la población privada de su libertad, fueron el tiempo de reclusión y el ser católico mucho más determinantes.

En una muestra de “69 mujeres recluidas se observó que el encarcelamiento aumentó la sensación de desapego de las madres con sus hijos aumentando el riesgo de desarrollar depresión” (16). Fazel y Cartwright determinaron en “una muestra de 4780 reclusos que el ser casado OR 1,5 (IC 95 % 1,3 – 1,7), tener una sentencia mayor a 18 meses OR 1,6 (IC 95 % 1,1 – 2,2) y haber ingresado por homicidio OR 3,6 (IC 95 % 1,6 – 8,3) aumenta el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad” (1).

Betancourt y López demostraron que “diferencias culturales y étnicas pueden influir sobre los patrones de comunicación, expresión de sentimientos, comportamientos y roles familiares de los individuos” (17).

En personas privadas de la libertad los trastornos mentales más comunes son “depresión, ansiedad, psicosis, trastorno de personalidad y abuso de sustancias, e incremento del riesgo de suicidio. La prisión es utilizada como recurso asistencial para enfermos mentales que cometen algún delito”. (18).

En cuanto a la edad, “los reclusos entre 60 y 69 años tuvieron mayor probabilidad de presentar trastornos del estado de ánimo y depresión dentro de los centros de reclusión”, este trastorno también fue encontrado en “personas de menor edad y a su vez relacionado con el consumo de cigarrillo” (18). En 2016, Baidawi, en su estudio sobre “angustia psicológica, refiere su asociación significativa de los prisioneros mayores con la falta de apoyo social, dificultades físicas, aislamiento y rechazo” (20).

La aplicación de musicoterapia “fue bien aceptada por los reclusos, aunque la depresión y ansiedad se aumentaron al inicio del estudio y se determinó que la ansiedad era más prevalente (45 %) que la depresión (29 %)” (16). En cuanto a “materiales de autoayuda como folletos distribuidos a los reclusos se evidenció que tienen un impacto positivo en la ansiedad, sin necesidad de usar medicamentos” (21). Asimismo, “las terapias de recreación durante 10 semanas disminuyeron los síntomas depresivos y aumentaron el funcionamiento global en los adultos mayores” (22).

En todo el mundo, la población carcelaria se está incrementando alrededor de un millón de personas por década. La idea es resaltar que “la mayoría de la población carcelaria mundial se observó en países de bajos y medianos ingresos. Se estima que 450 millones de personas en todo el mundo padecen trastornos mentales o de conducta, especialmente frecuentes en las poblaciones carcelarias” (20).

Una investigación realizada en “la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil con 497 reclusos encontró una tasa de depresión de 18,8 %, y de 14,4 % para trastornos de ansiedad” (23). En 7 instituciones carcelarias de origen chileno, con una muestra de



1008 prisioneros se encontró “una prevalencia de 8,3 % para trastornos de ansiedad, y 6,1 % para depresión mayor, siendo frecuentes en la población más joven el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, trastorno disocial del comportamiento, trastornos afectivos como depresión y distimias y trastorno por déficit de atención” (24).

En Estados Unidos la población carcelaria es cada vez más creciente. Esta revisión exploratoria se suma a la literatura existente mediante el análisis de una gran muestra representativa a nivel nacional, de toda la población reclusa de los Estados Unidos; quienes tienen diversos orígenes étnicos, culturales, de género, etc. “Más de 800 000 reclusos informan tener una o más enfermedades crónicas, y su acceso a la atención médica parece ser deficiente. Los datos también demuestran que las cárceles retienen y tratan a muchas personas con enfermedades mentales que no recibieron tratamiento en el momento del arresto”. (25).

CONCLUSIONES

En Perú, al igual que en Colombia, alrededor de dos de cada cinco personas presentan al menos un trastorno mental durante su vida. Este hecho le da al diagnóstico adecuado, tanto como al tratamiento y seguimiento de los problemas de salud mental, una alta importancia en atención primaria y hace imprescindible la aproximación a los grupos poblacionales con mayor riesgo. Diversos estudios han mostrado que la “población carcelaria constituye un grupo vulnerable —con demandas insatisfechas en atención primaria en salud— y han identificado altos niveles de trastornos depresivos y tendencias paranoicas importantes, sin seguimiento alguno” (26).

El estudio realizado por Mojica, Sáenz (27) permite evaluar “la relación entre el riesgo suicida y el grado de desesperanza o el de depresión, y variables sociodemográficas como la edad, el tiempo de condena, el de reclusión, y el número de reclusiones, en una muestra de 95 internos con edades entre 19 y 59 años”. Allí se reveló que “la

edad, el tiempo de condena, y el de reclusión, no se relacionan con el riesgo suicida, y que la prevalencia de depresión clínica en la muestra, era mayor que de la población general, por lo que es posible afirmar que el riesgo suicida podría predecirse con grado moderado o alto en desesperanza o depresión, o puntuaciones altas en dichas variables”.

Trickett (28), en su libro *Supera la ansiedad y la depresión*, dice que la depresión es una enfermedad de los sentimientos interiorizados por la persona y pasa de una reacción excesiva a un estado de tristeza normal, luego continúa por un sentimiento gris vacío que llega al punto en donde la gente tiende a desesperarse de forma tal, que puede llevar a una depresión mayor, distimia, con sus respectivas consecuencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fazel Seena, Cartwright Julia. Suicide in Prisoners: A Systematic Review of Risk Factors. *J Clin Psychiatry*. 2008 Nov; 69(11): 1721-31. Epub 2008 Nov 4.
2. Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales. 1978-2003. *Lancet* 2005; 366: 1-2.
3. Yagüe Olmos, C. (2007a). Mujeres y prisión. Intervención basada en sus características y demandas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 4(5), 1-25.
4. Serrano Tárraga, M. (2010). La consideración del género en la ejecución de las penas privativas de libertad.
5. Herrera Moreno, M. “Mujeres y prisión”, en *Cuadernos de Política Criminal*, 1993, n° 49, pág. 352.
6. Lanier Larrotta CR, Luzardo BM, Vargas C, Rangel NK. Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 2014; 56 (1): 83-95.
7. Fazel Seena, Baillargeon Jacques. The Health of Prisoners. *Lancet* 2011; 377: 956-65
8. Barlow D, Duran M. *Psicología anormal*. Madrid: Thomson learning; 2001.
9. Stein D, Hollander E. *Tratados de los trastor-*



- nos de ansiedad. Barcelona: Lexus; 2004.
10. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*; 1983.
 11. Romero A, Velandrino A, Cerezo F, Corbalán J, Roman F, Partena C, Soler M. Nivel de ansiedad de jóvenes infractores internados en un centro educativo de régimen cerrado. *Anales de psicología*. 2008; 24(2): 271-276.
 12. Litman RE. Suicides: What do they have in mind? In: *Suicide: Understanding and Responding*. Jacobs, D, Brown, HN (Eds): International Universities Press; Madison 1989. p.143.
 13. Gallardo C, Vega J. *Una Lectura Cuantitativa del Sistema de Cárceles en Ecuador*: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Ecuador; Quito, 2006.
 14. Portilla M, et al. Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria. *Ciencia & Salud*. 2012; 1(1): 51-57.
 15. Alvarado R, et al. Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. July 22, 2013 DOI: 10.1371/Journal.
 16. Borelli, et al. Attachment Organization in a Sample of Incarcerated Mothers: Distribution of Classifications and Associations with Substance Abuse History, Depressive Symptoms, Perceptions of Parenting Competency, and Social Support. *Attach Hum Dev*. Jul 2010; 12(4): 355-374.
 17. Betancourt H, Lopez SR. The study of culture, ethnicity, and race in American psychology. *American Psychologist*. 1993; 48, 629-637.
 18. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit*. 2011; 13(3): 100-11.
 19. Lekka NP, Lee KH, Argyriou AA, Beratis S, Parks RW. Association of cigarette smoking and depressive symptoms in a forensic population. *Depress Anxiety*. 2007; 24(5): 325-30.
 20. Baidawi S, Trotter C, O'Connor DW. An integrated exploration of factors associated with psychological distress among older prisoners. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2016; 27(6): 815-34. Barcelona: desclee de Brouwer S.A.
 21. Maunder L, Cameron L, Moss M, Muir D, Evans N, Paxton R, et al. Effectiveness of self-help materials for anxiety adapted for use in prison—A pilot study. *Journal of Mental Health*. 2009; 18(3): 262-71.
 22. Meeks S, Sublett R, Kostiwa I, Rodgers JR, Haddix D. Treating depression in the prison nursing home: demonstrating research-to-practice translation. *Clinical Case Studies*. 2008; 7(6): 555-74. México. *Revista Panam Salud Pública*. 2008; 26 (3): 209-215.
 23. Pondé MP, Freire AC, Mendonça MS. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *J Forensic Sci*. 2011; 56(3): 679-82
 24. Maldonado F. Prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente privada de libertad: experiencias nacionales y comparadas. *Ius et Praxis*. 2013; 19(1): 329-62.
 25. Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, et al. The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. *Am J Public Health*. 2009; 99(4): 666-72.
 26. Benavides M, Beitia P. Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria. *Ciencia & Salud*. 2012; 1(1): 51-7.
 27. Mojica C, Sáenz D, Rey-Anacona C. Riesgo suicido, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2009; 38(4): 681-692.
 28. Trickett S. *Supera la ansiedad y la depresión*. Editorial Hispano Europea. 2012. Recuperado de https://books.google.com.co/books/about/Supera_la_ansiedad_y_la_depresi%C3%B3n.htm?id=xpmFOiLu5_cC&hl=es
- CORRESPONDENCIA**
Ulises Papillón Mejía Rodríguez
Jr. José Gómez 73-25 Tacna – Perú
E-mail: ulisesmejiaforense@gmail.com