

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida



ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y RIESGO SUICIDA EN INTERNOS
DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE
BUCARAMANGA (EPMSC-BGA)

KARINA ANDREA LOPEZ ROMERO

JENNY MARCELA MARTINEZ RAMIREZ

DIRECTOR (A):

PS. ANA FERNADA URIBE RODRIGUEZ PhD.

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

BUCARAMANGA

2012

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y RIESGO SUICIDA EN INTERNOS
DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE
BUCARAMANGA (EPMSC-BGA)

Karina Andrea López Romero

Jenny Marcela Martínez Ramírez

Trabajo de grado:

En la modalidad de trabajo de grado con requisito para obtener el título de psicólogo

DIRECTOR (A):

PS. ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ PhD.

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

BUCARAMANGA

2012

NOTA DE ACEPTACION: _____

PRESIDENTE DEL JURADO: _____

JURADO 1: _____

JURADO 2: _____

FECHA: _____

AGRADECIMIENTOS.

Al cariño y aprendizaje recibido de docentes, amigos, maestros, abuela, Jhon, tía y mi madre.

Karina Romero.

Sin la gracia y el amor de Dios nada sería posible, después de El al regalo más grande que me dio, mi familia, mi mamá por su incansable lucha, mi papá por ser el mejor y mi esposo por su apoyo incondicional.

Jenny Martínez

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	7
ABSTRAC – KEY WORDS	8
INTRODUCCION.....	9
JUSTIFICACION	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVOS	15
1.1 Objetivo General	
1.2 Objetivos Específicos	
REFERENTE CONCEPTUAL	16
METODOLOGIA	24
1.1 Población	
1.2 Muestra	
1.3 Instrumentos	
1.4 Procedimiento	
RESULTADOS	28
DISCUSION	50
CONCLUSIONES	54
SUGERENCIAS	56
REFERENCIAS	57

LISTADO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Rango de edades de los participantes	29
Tabla 2. Clasificación de los internos según el tipo de delito por el cual Fueron condenados	30
Tabla 3. Edad de la primera transgresión normativa considerada como Delito	32
Tabla 4. Características prevalentes en internos con depresión estado	33
Tabla 5. Características prevalentes en internos con depresión rasgo	35
Tabla 6. Características prevalentes en internos con depresión Estado – rasgo	37
Tabla 7. Características prevalentes en internos con ansiedad estado	39
Tabla 8. Características prevalentes en internos con ansiedad rasgo	41
Tabla 9. Características prevalente en internos con ansiedad estado – rasgo	43
Tabla 10. Características prevalentes en internos con riesgo suicida positivo	45
Tabla 11. Características prevalentes en internos sin riesgo suicida	47

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TÍTULO: ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y RIESGO SUICIDA EN INTERNOS DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE BUCARAMANGA (EPMSC-BGA)

AUTORES: KARINA ANDREA LOPEZ ROMERO
JENNY MARCELA MARTINEZ RAMIREZ

FACULTAD: Psicología.

DIRECTOR (A): Ps. ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ PhD.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar depresión (estado – rasgo), ansiedad (estado – rasgo) y riesgo suicida en internos pertenecientes al Programa de inducción al Tratamiento Penitenciario del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga (EPMSC – BGA). La investigación fue realizada bajo un diseño transversal, no experimental de tipo descriptivo, escogidos de manera no probabilística de tipo intencional. La muestra fue conformada por 112 internos entre los 19 y 66 años de edad con un promedio de 33.29 años.

Los resultados apuntan a que un 36,6% de la muestra cometió delitos contra el patrimonio económico y un 43,1% realizó su primera transgresión a la norma entre los 8 y los 18 años de edad. Además, se encontró que poco más de la mitad de los internos no contaba con pareja afectiva, pues el grupo de solteros, separados o viudos paso de ser un 48,3% a ser un 51,7% del total de la muestra. Adicionalmente, el 76,8% de los internos han estado reclusos entre 6 meses y 5 años, con mayor concentración en el rango de 6 a 12 meses (42,9%). Por otra parte, la población evaluada registró un 74,10% en consumo de sustancias psicoactivas, un 93,74% en síntomas ansiosos, 59,75% con síntomas depresivos y un 25% con riesgo suicida (en su mayoría en un nivel leve correspondiente al 82,4%).

Los datos fueron recogidos mediante un formato socio demográfico, el Inventario de depresión estado / rasgo (IDER), Inventario de ansiedad estado / rasgo (STAI) y la Escala de Riesgo Suicida Plutchik.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Ansiedad, Riesgo suicida, Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga, Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario.

GENERAL SUMMARY OF JOB GRADE

TITLE: DESCRIPTIVE STUDY OF DEPRESSION, ANXIETY AND INTERNAL RISK OF SUICIDE IN MEDIUM SECURITY PRISON ESTABLISHMENT AND PRISON'S BUCARAMANGA (EPMSC – BGA).

AUTHORS: KARINA ANDREA LOPEZ ROMERO
JENNY MARCELA MARTINEZ RAMIREZ

FACULTY: Psychology.

DIRECTOR (A): Ps. ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ PhD.

ABSTRACT

The present study aimed to assess depression (state - trait), anxiety (state - trait) and suicide risk prisoners belonging to the Induction Program Correctional Treatment Facility Medium Security Prison and Jail in Bucaramanga (EPMSC - BGA). The research was conducted under a cross-sectional, nonexperimental descriptive, chosen on a non-probabilistic intentional type. The sample consisted of 112 inmates between 19 and 66 years old with an average of 33.29 years.

The results indicate that 36.6% of the sample committed economic crimes against property and 43.1% held his first transgression of the rule between 8 and 18 years of age. Furthermore, we found that just over half of inmates lacked emotional partner, as the group of single, separated or widowed step being to be 48.3% 51.7% of the total sample. Additionally, 76.8% of inmates have been held between 6 months and 5 years, with greater concentration in the range of 6 to 12 months (42.9%). Moreover, the population studied showed a 74.10% in consumption of psychoactive substances, a 93.74% in anxious symptoms, 59.75% with depressive symptoms and suicide risk 25% (mostly in a mild level corresponding to 82.4%).

Data were collected through a sociodemographic form, Schedule depressed state / trait (IDER), Inventory of state / trait anxiety (STAI) and Plutchik Suicide Risk Scale.

KEY WORDS: Depression, Anxiety, Suicide Risk, Medium Security Penitentiary and Prison's Bucaramanga, Program Induction Treatment of Prisoners.

Introducción

El punto de partida de esta investigación fue encontrar una temática de interés profesional ajustada a las necesidades de la población de acuerdo a lo manifestado por la institución y el asesor de práctica en curso. Con esto, se visualizó la oportunidad de ofrecer aportes relevantes al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) desde el área de Reinserción Social, para el cumplimiento de sus funciones y con esto el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Con este precedente se configuraron los temas a estudiar, es decir, Depresión (Estado-Rasgo), Ansiedad (Estado-Rasgo) y Riesgo suicida en la población de internos del programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario del EPMSC – BGA,

Para la realización de tal avance, se tuvo en cuenta el campo de psicología penitenciaria y la psicología clínica y de la salud desde la medición y evaluación. De la misma forma se encuentra organizado el presente documento, exponiendo aspectos generales del contexto, características clínicas medidas y especificidades de la población penitenciaria donde cobra sentido el material adquirido desde la teoría clínica y psicométrica.

Justificación

Para iniciar, el encarcelamiento puede ser considerado una circunstancia adversa para cualquier persona, además catalogado como “suceso vital” o situación estresante extrema por Holmes (1967) citado por Sandin (2003). Experiencias como esta se complican cuanto los establecimientos penitenciarios no cuentan con la infraestructura y el personal suficiente, dificultades que son expuestas por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2003) como los problemas más graves en cuanto a salud mental en los centros penitenciarios.

En el caso de Colombia, las condiciones de los establecimientos son expuestas por la ONU (s.f) como situaciones que incluso vulneran los derechos fundamentales. Por ello, analizan que según parámetros internacionales, el máximo de hacinamiento permitido es de 20%, pero más de 40 mil personas en Colombia viven en condiciones que lo sobrepasan. Una muestra de ello, es el caso del establecimiento de Villahermosa (Tolima) donde el hacinamiento es de un 120%. Sumado a esto, se presentan problemas de infraestructura e higiene, más las insuficientes provisiones o mecanismos de atención en salud física y mental, sobretodo en casos de VIH, Tuberculosis y Psicosis. Adicionalmente, es preciso considerar lo que Ruíz (2008) ha llamado Choque del encarcelamiento, lo cual se refiere a rupturas con el medio habitual y sus coordenadas espaciotemporales y afectivas, la percepción de su soledad, la falta de intimidad, la distorsión del tiempo (inmóvil e interminable), el estrés moral, la ansiedad por los procesos y resultados judiciales, entre otras.

Todas estas contingencias se sitúan también en el caso particular del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga (EPMSC – BGA, Colombia), que durante el mes de Junio de 2011, funcionaba con 2.497 de internos, los cuales eran atendidos por el personal de salud y del área de Reinserción Social. Para la fecha el personal de Psicología disponible era conformado por tres psicólogos, ocho estudiantes de pregrado, un pasante de especialización y tres pasantes de doctorado; es decir, sólo tres psicólogos de planta. Por lo tanto, la demanda de la población ha representado grandes dificultades a la hora de atender adecuadamente con lo ofertado por el establecimiento, por ejemplo, en cuanto a instalaciones para uso de los internos y el personal del área de reinserción social.

Teniendo en cuenta las problemáticas surgidas en este contexto, se contrastó la información con los fenómenos presentados predominantemente en la población Mundial

analizados desde el campo de la salud mental. Por ello, los temas a investigar corresponden a lo que diversos estudios sobre prevalencia en trastornos mentales a nivel mundial señalan en múltiples poblaciones (Campo-Arias & Cassiani, 2008; Brown, Campbell, Lehman, Grishman, & Mancill, 2001; Michaud, Murray, & Bloom, 2001; Montorio, Nuevo, Losada & Márquez, 2001; Aláez, Martínez-Arias & Rodríguez-Sutil, 2000; Medina-Mora et al., 2003). Un ejemplo de ellos, corresponde a Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray (2006), quienes demuestran en su reporte sobre la Carga Mundial de Morbilidad (CMM) y los factores de riesgo entre 1990-2001, que la depresión se ha convertido en la principal causa de discapacidad para mujeres y hombres. Adicionalmente advierten que el 41% de CMM fue en 1990, debido a trastornos neuropsiquiátricos, los cuales se posicionan como la causa más importante de discapacidad en todas las regiones con más de un 37% de años de vida ajustados a causa de discapacidad (AVD) en personas de 15 años en adelante. Por su parte, Campo-Arias & Cassiani (2008) encontraron que en países Americanos (Kessler et al., 1994; Kawakami et al., 2005), México (Caraveo-anduaga, Colmenares & Saldívar, 1999) y Colombia (Ministerio de Protección Social, 2003) el trastorno de ansiedad se ubicaba entre los más prevalentes seguido de trastornos del estado del ánimo como la depresión mayor. Si bien el Trastorno por Ansiedad Generalizada no es un fenómeno tan ampliamente estudiado como el Trastorno Depresivo Mayor, su prevalencia ha advertido la necesidad de conocerlo, ya que como expresa Ayers, Sorrell, Thorp & Wetherell (2007), la aparición de este trastorno configura consecuencias negativas como la pérdida de la calidad de vida y el incremento del uso de servicio médico; en algunos casos como se mostrará a continuación incluso a la muerte.

Acorde a lo anterior, se encuentra también que la World Health Organization (2010) estudia la mortalidad en prisión esta vez desde su relación al consumo de sustancias psicoactivas

publicando un manual de prevención para dicha problemática. De manera similar, la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (2007) ha ubicado el suicidio como un problema grave de salud pública, que resulta ser la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios. Así mismo, el estudio de Arroyo (2006) permite tener una idea de las demandas en salud mental en centros penitenciarios de Zaragoza (España), que en 2003 en una población de 1093 internos, reportó un 3% de sintomatología psicótica positiva, 16% depresiva, 35% ansiosa y el 46% comportamiento desadaptado y/o incongruente.

Este tipo de sintomatología, no difiere mucho de lo informado por el Ministerio de Protección Social (2003) colombiano en su Estudio Nacional de Salud Mental, donde el trastorno por ansiedad fue el más frecuente y crónico. Adicionalmente, señalaron presencia predominante de fobia específica, la depresión mayor, el trastorno de ansiedad por separación del adulto y el abuso de alcohol. Un análisis anterior con población general, como el de Torres de Galvis (2000) ya había expuesto que en Colombia el trastorno depresivo mayor prevalecía a lo largo de la vida en un 19,6% y el de ansiedad en un 3,1%.

Ahora bien, Mojica, Sáenz & Rey-Anacona (2009), hallaron un 20% de los internos de centros penitenciarios con riesgo suicida (RS) y una relación directa con desesperanza y depresión. En otro estudio nacional, Ruíz et al. (2002), resaltan la importancia de estudiar y evaluar al interno tan pronto ingresa al establecimiento con el fin de conocer los factores y el grado de riesgo que éste presenta. Sobre el riesgo suicida, Ordoñez & Ruíz (2008), revisaron estadísticas que aseguran mayor prevalencia de suicidios en prisión que en la población civil externa. Además se encuentra relacionado a la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad, ideación suicida, antiguas enfermedades o tratamientos psiquiátricos y problemas emocionales. En este sentido, se hace relevante indagar sobre estos fenómenos y con mayor

razón si autores como Ruíz (2007), Muro de Araujo & Paino (2008), expresan que altos niveles de ansiedad y depresión son considerados efectos del encarcelamiento.

Ahora, para comprender lo anterior es preciso entender que la ansiedad y el trastorno depresivo mayor junto a los trastornos de personalidad acarrear una alta discapacidad laboral (Lim, Sanderson & Andrew, 2000), lo cual imposibilita un adecuado proceso de educación y resocialización, como el que promueve el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) (Resolución 7302 de 2005) a través del Tratamiento Penitenciario.

Es así como, teniendo en cuenta la importancia del proceso de educación y resocialización de los internos se escogió específicamente la población de internos del programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario del EPMSC – BGA. Este programa agrupa a los condenados para su primera intervención realizada en la primera fase del Tratamiento Penitenciario llamada *fase de observación, clasificación y diagnóstico*. En ella se realizan revisiones documentales y analíticas sobre su comportamiento y actitudes con el fin de promover (a) la adaptación, a través de procesos de habitabilidad intramural y responsabilización de la situación de encarcelamiento; (b) la sensibilización, implementando conocimientos sobre normas, hábitos y características del nuevo entorno; (c) la motivación, por medio de la orientación de las actividades propuestas por el establecimiento, para el desarrollo del proyecto de vida y habilidades; y (d) la proyección, que procura consolidar lo abarcado anteriormente y trabajar por un proyecto de vida en prisión con miras al establecimiento de metas para su vida en libertad. Ingresar al Tratamiento Penitenciario tiene por objetivo tal como lo promulga la Resolución 7302 de 2005, preparar al penado mediante la resocialización para una autentica vida en libertad. Con ello, se incluye al interno en el sistema de oportunidades teniendo en cuenta sus necesidades, expectativas y fortalezas, que como fue mencionado anteriormente, tal clasificación

compromete y solicita toda la información recolectada por el equipo de trabajo, que adicionalmente sugerirá el tratamiento o seguimiento pertinente para los internos ya sea individual o colectivamente. De tal forma, que éste programa constituye un punto de intervención clave para tomar medidas preventivas e interventivas en dicho sistema progresivo.

Si bien la población a evaluar se ubica en un punto determinante para la utilidad de los resultados, la pertinencia de investigar en esta área y contexto se sostiene en las obligaciones de la institución. Específicamente desde la Subdirección técnica de Reinserción Social, que establece dentro de sus funciones: realizar los estudios y diagnósticos que permitan conocer la situación sanitaria de los establecimientos de reclusión, como también establecer y desarrollar los programas que propicien el mejoramiento de las condiciones de habitabilidad, salubridad y ocupación de los internos(as) en los establecimientos (INPEC, 2010). Más aún, si se trata de seguir los hallazgos científicos como es el caso de Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez (2006), quienes expresan que es indispensable “tener mayor vigilancia cuando se detecta la ideación suicida, sobre todo si hay antecedentes de depresión y de ansiedad” (p. 67).

Planteamiento del problema.

¿Los internos condenados adscritos al Programa de inducción al Tratamiento Penitenciario presentan depresión estado y/o rasgo?

¿Los internos condenados adscritos al Programa de inducción al Tratamiento Penitenciario presentan ansiedad estado y/o rasgo?

¿Los internos condenados adscritos al Programa de inducción al Tratamiento Penitenciario presentan riesgo suicida?

Objetivos.

General.

Evaluar la sintomatología de depresión, ansiedad y riesgo suicida en internos condenados pertenecientes al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario, del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga.

Específicos.

Identificar las características estado- rasgo de depresión y ansiedad en internos condenados pertenecientes al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario del EPMSC-BGA.

Identificar la prevalencia de riesgo suicida en internos condenados pertenecientes al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario del EPMSC-BGA.

Referente conceptual.

Como se ha expuesto anteriormente, la depresión y la ansiedad son considerados trastornos prevalentes dentro de las afectaciones de la salud mental tanto a nivel mundial, nacional e incluso en el contexto penitenciario. Sin embargo, la presencia de dichos trastornos comprende un estudio complejo. Principalmente, se encuentra que el trastorno depresivo mayor guarda relación con la conducta e ideación suicida, y por su parte, el trastorno por ansiedad generalizada se asocia estrechamente con posteriores síntomas depresivos (Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001). Por esta razón, es necesario esclarecer el tratamiento del tema, ajustado no sólo al contexto de la población, sino de los resultados que se alcanzaron con las pruebas seleccionadas, ya que éstas son muy específicas en su medición.

Para iniciar, el contexto penitenciario no puede ser sólo entendido desde los análisis estadísticos sobre las prevalencias a nivel de salud física y mental ni de las condiciones físicas de los establecimientos, sino que es importante esclarecer a nivel conceptual los cambios comportamentales propios de los sujetos que permanecen en este entorno. Para ello, Clemmer (1940) introdujo el concepto de Prisionización, que como lo refiere Crespo (2006) fue definido como la adopción de conductas diarias, costumbres y cultura general de la penitenciaria en mayor o menor grado. De igual forma, Crespo (2006) ha señalado a Wheeler (1961), como un importante teórico en el tema ya que profundizó sobre los niveles de prisionización, corroborando que en los primeros años del encarcelamiento y los cercanos al cumplimiento de la

condena se encuentran más bajos, mientras que en el periodo de la mitad de la condena los síntomas propios de este fenómeno se acentúan más

En dicho proceso de adaptación al contexto penitenciario, se generan ciertos patrones de conducta que Segovia (s.f.), categoriza como: desproporción reactiva (vivenciar los sucesos con desproporcionada resonancia emocional y cognitiva), dualidad adaptativa (autoafirmación agresiva o sumisión frente a la institución), presentismo galopante (vivir sólo el presente desde el fatalismo, ausencia de introspección, planificación y análisis de consecuencias) síndrome amotivacional y baja estima de sí mismo.

Teniendo en cuenta lo enunciado anteriormente por los autores como conductas y factores propios del encarcelamiento, es consecuente iniciar la exposición de los temas de investigación. El primero en ser descrito es el Trastorno Depresivo Mayor perteneciente a los Trastornos del Estado del ánimo el cual se caracteriza según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV) (1995), por uno o más episodios depresivos mayores, el cual se refiere a un periodo no mínimo de dos semanas de estado de ánimo decaído y anhedonia. Además, debe venir acompañado de cuatro o más síntomas como: falta de energía, sentimiento de infravaloración o culpa, cambios de apetito, sueño y actividad psicomotriz, o dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y finalmente, pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Adicionalmente, se acompaña de un deterioro y malestar significativo en sus esferas sociales, laborales, familiares u otras.

A su vez, el DSM IV (1995) indica que se puede presentar con diversos grados de intensidad y particularidades (leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, remisión total, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas

melancólicos, síntomas atípicos, postparto, con y sin recuperación total interepisódica o con patrón estacional). Incluso, debe ser diferenciado y especificado en caso que haya Trastorno del ánimo debido a enfermedad médica, inducido por sustancias (farmacológicas o psicoactivas), trastorno distímico, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico no especificado o demencia. De igual forma, reportan su relación a altos índices de mortalidad, el cual representa el 15% de los casos, con alto riesgo en personas mayores de 55 años.

Igualmente, las investigaciones de diferentes poblaciones nos ofrecen una mayor idea del dinamismo de éste trastorno. Por su parte, Gómez & Rodríguez (1997) encontraron en su evaluación de 25.134 colombianos, un 11.8% de afectación leve y un 4% de depresión alta. Estos autores, pudieron determinar una mayor prevalencia en personas de los 45 a los 60 años, en aquellos con altos índices de consumo de alcohol y cigarrillo, con antecedente de intento de suicidio, baja satisfacción con los logros, percepción de bajos ingresos y cuando sus reglas morales difieren a las de su casa. A si mismo, añaden que existe mayor proporción de ansiedad alta cuando aumenta la depresión y viceversa, siendo la ansiedad la variable con más asociación en el estudio. A esto, los autores sugieren una alta prevalencia del Síndrome Mixto Ansioso-Depresivo. Consideran también, que las altas prevalencias en depresión en países en vía de desarrollo están sujetas a las condiciones socioeconómicas y de violencia que produce inestabilidad, estrés y duelos repetitivos.

En otro caso, Aragonés et al., (2001), publica un 19.3% de Depresión en los pacientes de atención primaria. Agudelo, Lucumí & Santamaría (2008) investigaron también en el contexto hospitalario, encontrando un 41,5% de afectación depresiva evaluada con el Inventario de Depresión de Beck. Ninguno de los evaluados refirió recibir tratamiento médico o psicológico

para este trastorno. En este estudio se repite la relación de la adultez mayor a la presencia de la sintomatología. Agregan que los pacientes que no fueron acompañados durante la estancia puntuaron medias para depresión moderada. A esto, Rodríguez y Puerta (1997) soportan que es probable la mayor prevalencia de Depresión en personas que han perdido a su conyugue o en el momento se encuentran solteros.

En otro estudio, esta vez sobre estudiantes universitarios de Psicología en Bucaramanga, Agudelo, Casadiego & Sánchez (2008) explicitan la puntuación ligeramente más alta en Estado que para Rasgo en Depresión, mientras en Ansiedad sucedía a la inversa. Igualmente recalca lo que en diversos análisis ya se ha mencionado sobre la mayor tendencia de estos trastornos en mujeres que en hombres; también lo comenta Agudelo (2009), en su revisión de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo. De manera similar, Montorio, Nuevo, Losada & Márquez (2001), analizaron los dos trastornos hallando un 14,4% de Trastorno del estado de ánimo y un 11,3% de Trastornos de Ansiedad, a lo que adicionan el estudio de la comorbilidad determinada en un 57,1%.

Continuando con la definición de los temas de estudio de la presente investigación vale esclarecer el concepto del Trastorno de Ansiedad Generalizada, tal como lo rige el DSM IV (1995) se trata de uno de los Trastornos por Ansiedad Generalizada que cuenta con la presencia de ansiedad y preocupación excesiva sobre situaciones cotidianas con énfasis en diversos acontecimientos y que permanece más de seis meses. A esto le acompaña, tres o más síntomas como: Trastornos del sueño, tensión muscular, inquietud, fatiga precoz, irritabilidad y dificultad para concentrarse. Igualmente, debe ser especificado y diferenciado de otros trastornos como: el de ansiedad debido a enfermedad médica, inducido por sustancias, de angustia, fobia social, obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, hipocondría, por separación, por estrés postraumático y

el adaptativo. En el caso de este último, particularmente difiere por la prolongación de los síntomas, ya que en el Trastorno adaptativo los síntomas no exceden a 6 meses.

De igual forma, es importante tener en cuenta lo que el DSM IV (1995) señala sobre su comorbilidad. Es decir, el Trastorno de Ansiedad Generalizada comúnmente aparece en pacientes con trastornos psicóticos y con trastornos del estado de ánimo. También es recomendado, tener claridad en la identificación de la ansiedad no patológica de la cual hacen referencia diversos autores (Klein, 1948; Ayora, 1993; Gutiérrez, Espino, Palenzuela & Jiménez, 1997; Gómez, Saldívar-González & Rodríguez, 2002; Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Consecuente a la exploración del Trastorno de Ansiedad, diversos estudios soportan información de las propiedades psicométricas que lo validan (Castrillón & Borrero, 2005; Nuevo, 2005; Conde, Orozco, Báez & Dallos, 2009) o incluso algunos se han dedicado al estudio de este trastorno en población adulta mayor encontrando prevalencias significativas (Flint, 1999; Ayers, Sorrell, Thorp & Loebach, 2007); además otros señalan que no es la excepción dicha población en la aparición comorbida de ansiedad y depresión, puesto que tal como confirman Beekman & et al., (2000), se encuentra un 47,5% de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor que cumplen criterios para el Trastorno por Ansiedad Generalizada, mientras este último cumplía los principales criterios para Trastorno Depresivo Mayor en un 26,1%.

Ahora bien, es precisamente la edad una de las características biopsicosociales más revisada en el estudio de la ansiedad. En cuanto a ello Martínez (2003), expresa que en comparación, la población adulta mayor presenta ligeros niveles menores que la población adulta, discutiendo lo anteriormente señalado. Complementario a esto, investigaciones en población infantil, recalcan que es común el estado ansioso en el menor, como el caso de Rovella

& Gonzalez (2008), quienes aseguran que la edad de inicio es temprana y que además algunos sujetos manifiestan haberla padecido toda la vida; lo cual sugeriría presencia de ansiedad rasgo en edades indeterminadas. Adicionalmente, su complejidad es influida por el señalamiento de Bousoño (2003), quien resalta la reiteración de los síntomas en diferentes etapas de la vida de un sujeto.

En otro aspecto, esta vez el cognitivo, la aparición de este fenómeno representa cambios importantes. Según Jadue (2001), existe una íntima relación entre la ansiedad y la inestabilidad emocional que dificulta a gran escala un adecuado rendimiento académico que pueden generar problemas en el aprendizaje. Complementario a ello, de nuevo Martínez (2003) aporta la experiencia que a nivel somático se genera, las cuales son: insomnio, cefalea, fatiga y dolor muscular, añadiendo además, su carácter incapacitante y crónico. Pero volviendo al aspecto cognitivo, Londoño, Álvarez, López & Posada (2005), descubren esquemas maladaptativos en sujetos de un centro médico con Trastorno por Ansiedad Generalizada (25% de la muestra), que van dirigidos a la rigidez cognitiva en cuanto a las expectativas sociales, sus necesidades de control y predicción de situaciones; las cuales no son compatibles con el ambiente penitenciario y la asimilación de los resultados o el curso de su situación jurídica y la transformación de sus relaciones externas.

Si bien la ansiedad no es un fenómeno tan ampliamente estudiado como la depresión, su prevalencia ha advertido la necesidad de conocerlo, ya que como expresa Ayers, Sorrell, Thorp & Wetherell (2007), la aparición de este trastorno configura consecuencias negativas como la pérdida de la calidad de vida y el incremento del uso de servicio médico; en algunos casos como se mostrará a continuación incluso a la muerte.

Dicho de otro modo, la OMS (2006) ha situado el suicidio entre las 10 principales causas de muerte, mientras estudios especializados en hallar factores de riesgo asociados a tal conducta, apuntan a nivel clínico al Trastorno por Ansiedad Generalizada y el Trastorno Depresivo Mayor. Para iniciar, los índices de prevalencia oscilan dependiendo del tipo de población. Por ejemplo, Martina, Fernández & Contini (s.f), en su estudio comparativo en jóvenes de 3 regiones distintas de España manifiestan resultados de un 15%, 12,8% y 11,5%. En otro estudio, esta vez de población adulta, los índices fueron de 39,1% (Pérez, Ros, Pablos & Calás, 1997). Avanzando en el rango de edad, Arbach, Planchat & Pueyo (2004), revelan un promedio de 53,1 años. De modo similar, aumenta la tendencia en el grupo de adultos mayores, tal como lo indica Vidal (1999), la tasa de suicidio en ellos es entre 2 a 5 veces mayor, y su porcentaje de suicidio fallido y consumado es de 2 a 1, mientras en jóvenes es de 7 a 1. Por tanto, de acuerdo a lo revisado a mayor edad aumenta la tendencia a la conducta suicida. Aunque también, se cuenta con quien contradiga lo anterior como es el caso de Gutierrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez (2006), que señalan no haber una edad específica para que ocurra tal fenómeno. Sin embargo, el estudio colombiano realizado con 21,988 personas arroja además de una prevalencia de 4,5% a lo largo de la vida, un rango de edad de 16 a 21 años, incluso con una clara asociación a la depresión y la ansiedad tanto grave como moderada.

Esta particular relación, la retoma Arbach, Planchat & Pueyo (2004) en su investigación sobre Factores de riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos, mostrando que más de la mitad de la muestra tendía a trastornos afectivos. Por otro lado, en una muestra de 60 casos y 56 controles en Barranquilla (Colombia) analizada por Tuesca-Molina & Navarro-Lechuga (2003), se encontró un 89,8% de depresión, su asociación a la ansiedad (OR: 7,33) y de haber sido hospitalizados alguna vez, como factores de riesgo significativo. En otros análisis de factores de

riesgo, señalan por ejemplo, Bertot, Castillo & Fonseca (2003), que el alcoholismo constituye un riesgo real (OR: 5,25), otros encuentran un 25% de consumidores de SPA (Arbach, Planchat & Pueyo, 2004). Otros factores de riesgo descubiertos en cuanto al suicidio, son el género masculino con una proporción de 5 por cada mujer, el aislamiento y sentimientos de rechazo familiar y social (Gutierrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez, 2006).

Ahora bien, en el contexto penitenciario colombiano al menos dos estudios se refieren al RS. En la muestra de Ruíz, et al., (2002) el RS estuvo relacionado con dificultades sexuales, antecedentes médicos o psiquiátricos, mayor sintomatología emocional, a la dificultad de asumir la norma y el ser joven. Los autores concluyen que influye de manera significativa las experiencias y los rasgos de personalidad previos al ingreso a prisión. De igual manera relacionan características sociodemográficas como son encontrarse dentro de un rango de edad entre los 18 y 26 años, en el momento de la primera experiencia de encarcelamiento y que el tipo de delito sea el homicidio o alguna forma de hurto. A su vez, aportan que el tiempo de condena cumplido se refiere a una media de 2,61 años y el tiempo por cumplir es de 3,39 años. Todos, se encontraban realizando alguna actividad de redención de pena. Estos datos, están sujetos a variaciones específicas entre los cinco centros estudiados, como es el caso de la Picota donde predominan los condenados por homicidio. En cuanto al consumo de SPA el 74,4% de los sujetos manifestaron no realizarlo, pero según los autores, no puede considerarse un dato confiable ya que dichas conductas configuran un castigo o sanción, por lo tanto, es difícil que hagan la mayoría haga pública ese tipo de actividades.

En un estudio posterior en el contexto penitenciario colombiano, Mojica, Sáenz & Rey-Anaconda, (2009), encontraron que la población se caracterizaba por llevar en prisión un promedio de 81,17 meses, siendo esta la primera experiencia de encarcelamiento y

predominando el hurto como tipo de delito, seguido por homicidio, ley 30 y delitos sexuales. Sólo el 2,1% no realizaba actividades de reducción de pena. En cuanto a riesgo suicida el cual fue evaluado con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, se encontró un 20% de prevalencia, con porcentajes de desesperanza diferidos en un 36,1% en grado normal, 44,3% leve, 16,5% moderado y 1% alto obtenidos a través de la escala de desesperanza de Beck. Con respecto a la depresión para la cual se utilizó el inventario de depresión de Beck, se halló que un 17,5% de la muestra presentaba un mínimo de ésta, el 41,2%, una depresión leve, el 27,8%, una moderada y el 11,3%, una depresión grave. Según los autores, los internos con RS con mayor frecuencia muestran niveles moderados y altos de desesperanza, similar a la depresión moderada y grave que presentan estos sujetos.

Ahora bien, la pretensión de este estudio no estuvo dirigida al diagnóstico de la población, sino a la identificación de la tendencia a presentar sintomatología depresiva y ansiosa en términos de Estado y Rasgo. Mientras que el RS fue examinado desde su presencia o ausencia. De manera que, es preciso hacer explícitas las variables Estado y Rasgo para encausar el tratamiento de los temas. El primero hace referencia a una afectación transitoria en que el evaluado ratifica la manifestación y el grado actual del malestar, mientras el segundo, expresa la frecuencia con que se ha sentido afectado de dicha forma a lo largo de su vida (Spielberger, Agudelo y Buena-Casal, 2008). Dicha diferenciación cobró una importancia particular en el contexto estudiado, ya que permitió revisar someramente, la presencia de síntomas depresivos anterior a la experiencia de encarcelamiento y posterior a ella.

Metodología.

1.1. Población.

La población está conformada por los internos adscritos al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga (EPMSC – BGA) el cual es abierto para 180 internos habitualmente, pero que ajustado a la situación jurídica y psicológica de los participantes, varía en su número de integrantes. Dicho programa constituye la primera actividad de descuento y así mismo el inicio de seguimiento interdisciplinar.

1.2. Muestra.

La muestra fue constituida por 112 internos con rango de edades entre los 19 y los 66 años, una media de 33,29 años y una desviación estándar de 10,82.

Criterios de Inclusión

Todos los participantes debieron diligenciar un formato de consentimiento informado y encontrarse activos dentro del Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario, lo cual significa que son mayores de edad condenados de las comunidades 2, 4, 5 y 7 y no estar trabajando, estudiando o en programas académicos; independientemente de su edad, tipo de delito, antecedentes, requerimientos o situación de salud física. Las comunidades que no fueron evaluadas como la 3 y la 6 son aquellas que realizan otro tipo de actividades de descuento o reciben distinta atención conocidas como comunidad LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales o Transgeneristas e Intersexuales) y la de Justicia y Paz (Paramilitares acogidos a la ley de Justicia y Paz).

Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico de tipo intencional

Tipo de estudio

Para esta investigación se empleó un diseño transversal no experimental de tipo descriptivo

1.3 Instrumento

En esta investigación se emplearon instrumentos para medir cada una de las variables que conforman el estudio y adicionalmente un formato socio demográfico que fue diseñado por el equipo de trabajo, donde se indagó sobre factores asociados a los trastornos de ansiedad, depresión y riesgo suicida, según lo encontrado en la literatura como son la frecuencia de visitas, consumo de sustancias psicoactivas y previos internamientos en clínicas u hospitales psiquiátricos, entre otros.

Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) de Agudelo, Spielberger y Buéla-Casal (2005). Este cuestionario busca identificar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) de la depresión, a través de los 20 ítems que lo conforman. De la misma manera permite identificar el grado de presencia de afectividad negativa (distimia) y afectividad positiva (eutimia), tanto en el momento en el que se evalúa (estado) como la frecuencia con la que se repiten (rasgo). En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento, los datos de consistencia interna obtenidos con muestra de estudiantes universitarios, adolescentes, población general y muestra clínica indican valores de coeficiente alfa que oscilan entre 0,83 y 0,87 para la

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

escala de Estado y las subescalas de Distimia y Eutimia. Para la escala de Rasgo (subescalas Distimia y Eutimia), se obtuvieron alfas entre 0,79 y 0,84.

Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1999). Este cuestionario consta de 40 ítems en total y se divide en dos subescalas, la primera de ellas (Ansiedad Estado) evalúa como se siente el sujeto en el momento de la aplicación, tomando en cuenta sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda subescala (Ansiedad Rasgo) evalúa como se siente el sujeto en general la mayor parte del tiempo, dejando aflorar señales de una tendencia del individuo a percibir las situaciones como amenazadoras. En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento, posee una buena consistencia interna que oscila entre 0,90 y 0,93 para la escala de estado, y entre 0,84 y 0,87 para la escala de rasgo, obtenidos con una muestra de población general.

Escala de Riesgo Suicida Plutchik de Plutchik (1998). Esta escala consta de 15 reactivos de respuesta si /no, y su objetivo es de poder discriminar entre los pacientes suicidas de aquellos que no lo son, dichos reactivos contemplan variables que han sido previamente relacionadas por otros autores con el suicidio como son intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza, entre otros. Fiabilidad: La consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach). En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era de 0,89. Validez: En la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%. En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca

las habían tenido. El análisis factorial de la escala demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales.

1.4 Procedimiento

El punto de partida fue encontrar una temática que despertara el interés investigativo de las autoras ajustado a las necesidades de la población de acuerdo a lo que manifestara la institución. La línea de la psicología penitenciaria fue seleccionada debido a la cercanía de una de las autoras a la población por sus labores de prácticas académicas, encontrando con esto una oportunidad para ofrecer posibles aportes relevantes al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) desde el área de Reinserción Social, para el cumplimiento de sus funciones y con esto el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Una vez seleccionada la temática, se elaboró la propuesta de investigación, para proseguir con la aplicación de los instrumentos; dicha aplicación se llevó a cabo en varias sesiones debido a la a cantidad de participantes y los horarios permitidos para acceder a la población. Después de tener recolectados los datos se llevó a cabo la sistematización, para lo cual se utilizaron herramientas como Excel y el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS 20.0, con el fin de obtener los datos de frecuencia porcentual, así como medias y desviaciones estándar. Finalmente se realizó el planteamiento de la discusión apoyado en el análisis de los resultados y la teoría recogida en la cual se incluyen textos, y artículos publicados en revistas indexadas, ya teniendo esto se realizó la construcción del libro final.

Resultados.

Tal como se mencionó anteriormente este estudio contó con la participación de 112 sujetos de sexo masculino que se encontraban activos en el Programa de inducción al

tratamiento penitenciario del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga (EPMSC – BGA). En cuanto a la caracterización general de la población se encontró que: el 1.8% pertenece a la comunidad 7, el 37.5% a la comunidad 5, el 29.5% pertenece a la comunidad 4 y el 31.3% a la comunidad 2. En lo concerniente al grado de escolaridad de los participantes se halló una variación entre primaria incompleta hasta profesional, distribuido de la siguiente manera: primaria incompleta 23 participantes equivalente al 20.5%, primaria completa 29 participantes equivalente al 25.9%, bachillerato incompleto 35 participantes equivalente al 31.3%, bachillerato completo 16 participantes equivalente al 14.3%, técnicos, tecnólogos y profesionales cada clasificación con 3 participantes equivalente al 2.7% por clasificación. Los participantes de la investigación son de diferentes estratos socioeconómicos, el 53.6% pertenece al estrato 1, el 23.2% al estrato 2, el 16.1% al estrato 3, el 5.4% al estrato 4 y el 0.9% al estrato 5 y 6 respectivamente. La edad de los participantes entre un rango de edades que va desde los 19 años hasta mayores de 66 años, con una edad promedio de 33.29, y una desviación estándar de 10,82%, encontrando mayor concentración en el rango que reúne las edades entre los 25 a los 34 años con un porcentaje de 35.7%. (Véase la tabla 1.).

Tabla 1. Rango de edades de los participantes.

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 – 25 Años	27	24,10%
25 – 34 Años	40	35,70%
35 – 49 Años	32	28,60%

50 – 64 Años	11	9,80%
65 en Adelante	2	1,80%

Otro factor analizado fue el estado civil de los internos antes y después del ingreso encontrando que antes del ingreso el 26.8% de los participantes eran solteros, el 54.5% vivía en unión libre, 12.5% era separado y el 6.3% casado y después del ingreso el 34.8% fue soltero, el 42.9% vive en unión libre, el 16.1% es separado el 5.4% es casado y el 0.9% es viudo. Igualmente se hallaron diversas clases de delito por la cual la población se encuentra condenada, como son los delitos contra el patrimonio económico donde se encontró la mayor concentración (36.6%), delitos contra la seguridad pública, contra la salud pública, contra la vida y la integridad personal contra la familia o dos o más tipos de clasificación (véase tabla 2.).

Tabla 2. Clasificación de los participantes según el tipo de delito por el cual fueron condenados.

TIPO DE DELITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Contra la seguridad pública	16	14,3%
Contra la salud pública	13	11,6%
Contra la familia	7	6,3%
Contra el patrimonio económico	41	36,6%
Contra la vida y la	17	15,2%

integridad personal

Dos o más

18

16,1%

clasificaciones

Otro factor relevante en la investigación fue el tiempo de condena por cumplir y el tiempo de condena cumplido hasta el momento de la evaluación. Con respecto al tiempo de condena por cumplir se encontraron los siguientes resultados: hasta 12 meses de condena 9 internos equivalente al 8% de la muestra, mayor de 12 meses hasta 5 años 80 internos equivalente al 71.4% de la muestra, más de 5 años menos de 10 años 15 internos equivalentes al 13.4% de la muestra, más de 10 años y menos de 20 años de condena 6 internos equivalente al 5.4% de la muestra y condena superior a 20 años 2 internos equivalente al 1.8% de la muestra. Con respecto al factor del tiempo de condena cumplido hasta el momento de la evaluación, se midió en los rangos de menor de 6 meses, entre 6 y 12 meses, de 1 a 5 años, de 5 a 10 años y más de 10 años. De igual manera se tuvo en cuenta la frecuencia con la que los internos reciben visitas, encontrando que el 35.7% de los internos recibe visita una vez a la semana, el 26.8% de los internos una vez cada quince días, el 21.4% una vez al mes, el 14.3% casi nunca y el 1.8% nunca recibe visitas.

De los resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico se encontró que el 74.10% de la muestra, es decir 83 internos consumen sustancias psicoactivas, de los cuales el 13.4% afirma consumir alcohol, 9.8% cigarrillo, 7.1% marihuana, 0.9% bazuco, 0.9% mezclas y un 41.1% dos o más de las anteriores, con una edad media de inicio de consumo de 16.26 años.

En la investigación se encontró que el 35.7% de la muestra son reincidentes frente a un 64.3% que no lo es. Del total de la muestra, el 25.9% es reincidente por el mismo delito, el 14.3% lo es por diferente delito, 2.7% es reincidente por el mismo delito cuando era menor de edad, y 0.9% es reincidente de diferente delito cuando era menor de edad. Por su parte, el rango de edad con mayor frecuencia de la primera transgresión normativa calificada como delito es entre los 15 y los 18 años con un porcentaje de 27,7% seguido de un 21,4% referido a aquellos que lo hicieron entre los 8 y los 14 años (véase tabla 3.). De los 112 participantes 35 de ellos equivalente al 31.25% ha estado detenido o alojado durante la niñez y/o adolescencia, el 15.2% en comisarías, 8.0% en correccionales, 0.9% en casa hogar del estado, y el 7.1% en dos o más sitios de los anteriormente mencionados.

Tabla 3. Edad de la primera transgresión normativa.

EDAD DE LA PRIMERA TRANSGRESION NORVATIVA QUE IMPLICA DELITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antes de los 7 años	3	2,7%
Entre los 8 y los 14 años	24	21,4%
Entre los 15 y los 18 años	31	27,7%
Entre los 19 y los 25 años	20	17,9%
Entre los 26 y los 35 años	20	17,9%
Entre los 36 y los 50 años	1	9,8%
Mayor de 51 años	3	2,7%

El 16,07% del total de la muestra obtuvo una puntuación superior a 70 en depresión estado, pero no depresión rasgo, lo cual sugiere que antes de la experiencia de encarcelamiento

no era habitual en el sujeto la presencia de síntomas depresivos. Esta muestra presenta en la variable de tiempo de condena por cumplir su mayor frecuencia en la opción menor a 5 años con porcentaje del 55,6%, y un tiempo de condena cumplido con mayor concentración en el rango de 6 a 12 meses en un 38,9%. De igual manera el 61,1% y el 55,6% de esta población puntuó alto en ansiedad estado, y ansiedad rasgo respectivamente, pero el 66,7% no presenta riesgo suicida. (Véase tabla 4.).

Tabla 4. Características prevalentes en internos con Depresión estado.

DEPRESION ESTADO EXCLUSIVAMENTE		
(Total de la muestra 18 internos (16,07% de la población total))		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comunidad a la que pertenece: 2	9	50%
Edad: de 18 – 24 y 35 – 49	5 – 5	27,8%
Escolaridad: Primaria completa	6	33,3
Estrato Socio-económico: 1	9	50%
Tipo de Delito: Contra el patrimonio económico y contra la vida y la seguridad personal	5 – 5	27,8%
Estrato socio-económico de la familia actualmente: 1	10	55,6%
Estado civil antes del ingreso: Unión Libre	10	55,6%
Estado civil después del ingreso: Unión Libre	8	44,4%

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

Tiempo de condena por cumplir: menos de 5 años	10	55,6%
Tiempo de condena cumplido hasta el momento: entre 6 y 12 meses	7	38,9%
Frecuencia de visitas: una vez a la semana	8	44,4%
Tipo de sustancias psicoactivas usadas: Dos o más de las opciones	9	50%
Edad de inicio de consumo spa: entre los 8 y los 14 años	4	22,2%
Edad de la primera transgresión normativa considerada delito: entre los 26 y 35 años	5	27,8%
Ha estado detenido o alojado en la niñez y/o adolescencia: No ha estado detenido	12	66,7%
Reincidente: No	12	66,7%
Tipo de Reincidencia: No reincidente	12	66,7%
Vinculación laboral en el momento del ingreso: independiente	9	50%
Ingreso a clínicas u hospitales psiquiátricos: Nunca	16	88,9%
Ansiedad Estado: Alto	11	61,1%
Ansiedad Rasgo: Alto	10	55,6%
Riesgo Suicida: Sin Riesgo	12	66,7%

Según los resultados de los diversos grupos, el 1,78% sería una puntuación atípica, sobre todo si se trata de la presencia de rasgos depresivos configurados a lo largo de la vida que en el momento de evaluación no están presentes, de hecho, tampoco presentan riesgo suicida (Véase Tabla 5.). Estos sujetos que se encuentran entre los 18 y los 24 años, uno de ellos registró estar en estado ansioso y además haber configurado el rasgo, mientras el otro participante presentó sólo estado ansioso.

Tabla 5. Características prevalentes en internos con Depresión Rasgo.

DEPRESION RASGO EXCLUSIVAMENTE		
(total de la muestra 2 internos (1,78% del total de la población))		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comunidad a la que pertenece: 2	2	100%
Edad: de 18 – 24	2	100%
Escolaridad: Primaria completa – bachillerato completo	1- 1	50%
Estrato Socio-económico: 1 – 2	1 – 1	50%
Tipo de Delito: contra la salud Publica Contra el patrimonio económico	1 – 1	50%
Estrato socio-económico de la familia actualmente: 1 – 2	1 – 1	50%
Estado civil antes del ingreso: soltero	2	100%
Estado civil después del ingreso: Soltero	2	100%
Tiempo de condena por cumplir: hasta 12	2	100%

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

meses

Tiempo de condena cumplido hasta el momento: entre 6 y 12 meses	2	100%
Frecuencia de visitas: Cada 15 días – una vez al mes	1 – 1	50%
Tipo de sustancias psicoactivas usadas: Alcohol - dos o más opciones	1 – 1	50%
Edad de inicio de consumo spa: entre los 15 – 18 – 3 entre los 19 – 25	1 – 1	50%
Edad de la primera transgresión normativa considerada delito: entre los 8 y 14 años y entre los 19 y 25 años años	1 – 1	50%
Ha estado detenido o alojado en la niñez y/o adolescencia: No ha estado detenido	2	100%
Reincidente: No	2	100%
Tipo de Reincidencia: No reincidente	2	100%
Vinculación laboral en el momento del ingreso: nunca ha trabajado – trabajaba y delinquía	1 – 1	50%
Ingreso a clínicas u hospitales psiquiátricos: Nunca	2	100%
Ansiedad Estado: Medio – Alto	1 – 1	50%
Ansiedad Rasgo: Bajo - Alto	1 – 1	50%

Riesgo Suicida: Sin Riesgo	2	100%
----------------------------	---	------

En este caso, con un 41,9% de sujetos con presencia de síntomas depresivos tanto a lo largo de su vida como en presente, el 40,4% tiene entre 25 y 34 años de edad, con estrato socioeconómico nivel 1 en un 61,7%, mayoritariamente en unión libre antes (59,6%) y después (51,1%) del ingreso (Véase Tabla 6.). Gran parte de la muestra correspondiente a un 74,5% le falta menos de 5 años para salir en libertad y el 51,1% ha cumplido hasta 12 meses de condena. Un 44,7% de los participantes reportan ser policonsumidores de SPA y no registran ser reincidentes o haber sido detenidos como menos en su mayoría. Por otra parte, el 38,3% demuestra RS, y a su vez, índices elevados de Ansiedad Estado (61,7%) y Ansiedad Rasgo (63,8%).

Tabla 6. Características prevalentes de internos con Depresión Estado y Rasgo.

DEPRESION ESTADO Y RASGO

(total de población 47 internos(41,9% de la población total))

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comunidad a la que pertenece: 4	19	40,4%
Edad: de 25- 34	19	40,4%
Escolaridad: primaria incompleta - Primaria completa – bachillerato incompleto	13 -13 -13	27,7%
Estrato Socio-económico: 1	29	61,7%
Tipo de Delito: Contra el patrimonio económico	15	31,9%

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

Estrato socio-económico de la familia actualmente: 1	29	61,7%
Estado civil antes del ingreso: Unión Libre	28	59,6%
Estado civil después del ingreso: Unión Libre	24	51,1%
Tiempo de condena por cumplir: menos de 5 años	35	74,5%
Tiempo de condena cumplido hasta el momento: entre 6 y 12 meses	24	51,1%
Frecuencia de visitas: Una vez a la semana	15	31,9%
Tipo de sustancias psicoactivas usadas: Dos o más opciones	21	44,7%
Edad de inicio de consumo spa: entre los entre los 15 – 18	16	34%
Edad de la primera transgresión normativa considerada delito: entre los 15 – 18	13	27,7%
Ha estado detenido o alojado en la niñez y/o adolescencia: No ha estado detenido	32	68,1%
Reincidente: No	28	59,6%
Tipo de Reincidencia: No reincidente	28	59,6%
Vinculación laboral en el momento del ingreso: independiente	22	46,8%
Ingreso a clínicas u hospitales psiquiátricos:	37	78,7%

Nunca

Ansiedad Estado: Alto	29	61,7%
Ansiedad Rasgo: Alto	30	63,8%
Riesgo Suicida: Sin Riesgo	29	61,7%

El 8,035% del total de la muestra (9 internos) registró Ansiedad estado, sin presentar síntomas de ansiedad rasgo, De esta muestra el 66,7% y el 77,8% no evidenció depresión estado y depresión rasgo respectivamente; el 100% de la muestra no presenta riesgo suicida. (Véase tabla 7.).

Tabla 7. Características prevalentes en internos con ansiedad estado

INTERNOS QUE MARCARON POSITIVO EN ANSIEDAD ESTADO

(Total de la muestra 9 internos (8,035 % de la población total))

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comunidad a la que pertenece: 2	5	55,6%
Edad: entre 35 – 49	5	55,6%
Escolaridad: Primaria completa	4	44,4%
Estrato Socio-económico: 2	4	44,4%
Tipo de Delito: Contra el patrimonio económico	3	33,3%
Estrato socio-económico de la familia actualmente: 1	4	44,4%

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

Estado civil antes del ingreso: Soltero – Separado	3 – 3	33,3%
Estado civil después del ingreso: Soltero	4	44,4%
Tiempo de condena por cumplir: menos de 5 años	4	44,4%
Tiempo de condena cumplido hasta el momento: entre 6 y 12 meses	4	44,4%
Frecuencia de visitas: una vez cada 15 días	4	44,4%
Tipo de sustancias psicoactivas usadas: Alcohol – no consume	3 – 3	33,3%
Edad de inicio de consumo spa: entre los 15 – 18, 19 – 25, no consume	3- 3 - 3	33,3%
Edad de la primera transgresión normativa considerada delito: entre los 26 y 35 años	3	33,3%
Ha estado detenido o alojado en la niñez y/o adolescencia: No ha estado detenido	8	88,9%
Reincidente: No	8	88,9%
Tipo de Reincidencia: No reincidente	8	88,9%
Vinculación laboral en el momento del ingreso: independiente – Desempleado	3 – 3	33,3%
Ingreso a clínicas u hospitales psiquiátricos: Nunca	9	100%
Total depresión Estado: Menor de 70	6	66,7%

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

Total depresión rasgo: Menor de 70	7	77,8%
Ansiedad Estado: Medio	9	100%
Ansiedad Rasgo: Bajo	9	100%
Riesgo Suicida: sin Riesgo	9	100%

El 8,035% del total de la muestra (9 internos) 100% puntuó positivo Ansiedad Rasgo en un nivel medio, sin presentar síntomas de ansiedad Estado, diferente a la muestra que puntuó positivo en ansiedad estado, esta muestra presento puntuación positiva en depresión estado y depresión rasgo en un 77,8% y 55,6% respectivamente, y al igual a la población anteriormente mencionada tampoco presenta riesgo suicida en un 77,8% (véase tabla 8.).

Tabla 8. Características Prevalentes de los internos con puntuación positiva en Ansiedad Rasgo.

INTERNOS QUE MARCARON POSITIVO EN ANSIEDAD RASGO

(Total de la muestra 9 internos (8,035 % de la población total))

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comunidad a la que pertenece: 4	4	44,4%
Edad: entre 25 – 34 Y 35 – 49	04-abr	44,4%
Escolaridad: Primaria completa	4	44,4%
Estrato Socio-económico: 1	6	66,7%
Tipo de Delito: Dos o más clasificaciones	4	44,4%
Estrato socio-económico de la familia actualmente: 1	6	66,7%

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

Estado civil antes del ingreso: Unión Libre	6	66,7%
Estado civil después del ingreso: Unión Libre	4	44,4%
Tiempo de condena por cumplir: menos de 5 años	6	66,7%
Tiempo de condena cumplido hasta el momento: entre 6 y 12 meses	5	55,6%
Frecuencia de visitas: una vez al mes	4	44,4%
Tipo de sustancias psicoactivas usadas: Dos o más de las opciones	4	44,4%
Edad de inicio de consumo spa: entre los 8 – 14	5	55,6%
Edad de la primera transgresión normativa considerada delito: entre los 8 - 14 años	3	33,3%
Ha estado detenido o alojado en la niñez y/o adolescencia: No ha estado detenido	6	66,7%
Reincidente: No	5	55,6%
Tipo de Reincidencia: Por el mismo delito - No reincidente	03-mar	33,3%
Vinculación laboral en el momento del ingreso: independiente	4	44,4%
Ingreso a clínicas u hospitales psiquiátricos: Nunca	8	88,9%

Total depresión Estado: Mayor de 70	7	77,8%
Total depresión rasgo: Mayor de 70	5	55,6%
Ansiedad Estado: Bajo	9	100%
Ansiedad Rasgo: Medio	8	88,9%
Riesgo Suicida: Sin Riesgo	7	77,8%

El presente grupo constituye el de mayor concentración de sujetos, es decir, aquellos que han permanecido durante tiempo atrás y en presente con manifestaciones ansiosas son el 77,67% de la muestra (Véase Tabla 9.). Dicho grupo se haya con edades más distribuidas pero principalmente en un 34,5% entre los 25 y los 34 años de edad. Más de la mitad (57,5%) cometió el delito en contra el patrimonio económico. Anterior al ingreso un 57,5% estuvo en unión libre, decreciendo más del 10% esta población después del ingreso. El 72,4% tiene un tiempo por cumplir menor a 5 años y el 40,2% ha penado máximo un año. Una muestra de 42,5% reportan policonsumo sin reincidencia en su mayoría. Ahora bien, es más visible encontrar Depresión Estado (62,1%), Ansiedad Estado (67,8) y Ansiedad Rasgo (64,4). El 29,9% mostró RS, mientras la Depresión Rasgo fue prevalentemente ausente (52,9).

Tabla 9. Características prevalentes en internos con Ansiedad Estado y Rasgo.

INTERNOS QUE MARCARON POSITIVO EN ANSIEDAD RASGO

(Total de la muestra 9 internos (8,035 % de la población total))

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comunidad a la que pertenece: 4	4	44,4%

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

Edad: entre 25 – 34 Y 35 – 49	04-abr	44,4%
Escolaridad: Primaria completa	4	44,4%
Estrato Socio-económico: 1	6	66,7%
Tipo de Delito: Dos o más clasificaciones	4	44,4%
Estrato socio-económico de la familia actualmente: 1	6	66,7%
Estado civil antes del ingreso: Unión Libre	6	66,7%
Estado civil después del ingreso: Unión Libre	4	44,4%
Tiempo de condena por cumplir: menos de 5 años	6	66,7%
Tiempo de condena cumplido hasta el momento: entre 6 y 12 meses	5	55,6%
Frecuencia de visitas: una vez al mes	4	44,4%
Tipo de sustancias psicoactivas usadas: Dos o más de las opciones	4	44,4%
Edad de inicio de consumo spa: entre los 8 – 14	5	55,6%
Edad de la primera transgresión normativa considerada delito: entre los 8 - 14 años	3	33,3%
Ha estado detenido o alojado en la niñez y/o adolescencia: No ha estado detenido	6	66,7%
Reincidente: No	5	55,6%

Tipo de Reincidencia: Por el mismo delito -	03-mar	33,3%
No reincidente		
Vinculación laboral en el momento del ingreso: independiente	4	44,4%
Ingreso a clínicas u hospitales psiquiátricos:		
Nunca	8	88,9%
Total depresión Estado: Mayor de 70	7	77,8%
Total depresión rasgo: Mayor de 70	5	55,6%
Ansiedad Estado: Bajo	9	100%
Ansiedad Rasgo: Medio	8	88,9%
Riesgo Suicida: Sin Riesgo	7	77,8%

El 25% del total de la muestra (28 internos) presentaron puntuación positiva en riesgo suicida, distribuidos así: un 82,1% (23 internos) presentan un riesgo leve, el 10,7% (3 internos) presentan un riesgo moderado y el 7,1% (2 internos) riesgo alto. La mayoría de esta población (75%) tiene un tiempo de condena por cumplir actualmente inferior a 5 años y el 60,7% de ellos lleva interno entre 6 y 12 meses. El 85,7% y el 64,3% presentaron puntuación positiva en depresión estado y depresión rasgo respectivamente, y un 75% y 82,1% presentaron ansiedad estado y ansiedad rasgo en un nivel alto. (Véase tabla 10.).

Tabla 10. Características prevalente en los internos con riesgo suicida positivo

INTERNOS QUE MARCARON POSITIVO EN RIESGO SUICIDA

(Total de la muestra 28 internos (25 % de la población total))

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comunidad a la que pertenece: 3	12	42,9%
Edad: entre 25 – 34	12	42,9
Escolaridad: Primaria Incompleta	7	25%
Estrato Socio-económico: 1	13	46,4
Tipo de Delito: Contra el patrimonio económico	9	32,1%
Estrato socio-económico de la familia actualmente: 1	15	53,6%
Estado civil antes del ingreso: Unión Libre	19	67,9%
Estado civil después del ingreso: Unión Libre	14	50%
Tiempo de condena: menos de 5 años	21	75,0%
Tiempo de condena cumplido hasta el momento: entre 6 y 12 meses	17	60,7%
Frecuencia de visitas: una vez a la semana	10	35,7%
Tipo de sustancias psicoactivas usadas: Dos o más de las opciones	16	57,1%
Edad de inicio de consumo spa: entre los 15 – 18	9	32,1%
Edad de la primera transgresión normativa considerada delito: entre los 15 – 18	12	42,9%
Ha estado detenido o alojado en la niñez y/o	18	64,3%

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

adolescencia: No ha estado detenido

Reincidente: Si – No	14 – 14	50%
Tipo de Reincidencia: No reincidente	15	53,6%
Vinculación laboral en el momento del ingreso: independiente	13	46,4%
Ingreso a clínicas u hospitales psiquiátricos: Nunca	22	78,6%
Total depresión Estado: Mayor de 70	24	85,7%
Total depresión rasgo: Mayor de 70	18	64,3%
Ansiedad Estado: Alto	21	75,0%
Ansiedad Rasgo: Alto	23	82,1%
Riesgo Suicida: Riesgo Leve	23	82,1%

Otro de los grupos con mayor porcentaje (75%) es el que conforman los sujetos sin riesgo suicida (véase tabla 11.). El 38,1% ha sido judicializado por delito contra el patrimonio económico y habita en nivel 1 de estrato socioeconómico. El estado civil de unión libre prevalece en un 50% antes y luego decrece un 9,5% al ingresar a la cárcel. El tiempo de condena cumplido se encuentra mayormente entre 1 y 5 años con un 39,3%. El consumo de SPA se visualiza en un 35,7%, en su mayoría no reincidente. La mayor parte de este grupo no puntúa principalmente depresión estado ni depresión rasgo. Por el contrario si muestran índices de ansiedad estado y rasgo prevalentes.

Tabla 11. Características prevalente en los internos con riesgo suicida negativo

INTERNOS QUE MARCARON NEGATIVO EN RIESGO SUICIDA

(Total de la muestra 84 internos (75% de la población total))

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comunidad a la que pertenece: 2	36	42,9%
Edad: entre 25 – 34	28	33,3%
Escolaridad: Bachillerato Incompleto	29	34,5%
Estrato Socio-económico: 1	47	56%
Tipo de Delito: Contra el patrimonio económico	32	38,1%
Estrato socio-económico de la familia actualmente: 1	46	54,8%
Estado civil antes del ingreso: Unión Libre	42	50%
Estado civil después del ingreso: Unión Libre	34	40,5%
Tiempo de condena por cumplir: menos de 5 años	59	70,2%
Tiempo de condena cumplido hasta el momento: entre 1 y 5 años	33	39,3%
Frecuencia de visitas: una vez a la semana	30	35,7%
Tipo de sustancias psicoactivas usadas: Dos o más de las opciones	30	35,7%
Edad de inicio de consumo spa: entre los 15 – 18	27	32,1%

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

Edad de la primera transgresión normativa		
considerada delito: entre los 8 – 14 y 15 – 18	19 – 19	22,6%
Ha estado detenido o alojado en la niñez y/o adolescencia: No ha estado detenido	59	70,2%
Reincidente: No	58	69%
Tipo de Reincidencia: No reincidente	48	57,1%
Vinculación laboral en el momento del ingreso: independiente	38	45,2%
Ingreso a clínicas u hospitales psiquiátricos: Nunca	71	84,5%
Total depresión Estado: Menor de 70	43	51,2%
Total depresión rasgo: Menor de 70	53	63,1%
Ansiedad Estado: Alto	38	45,2%
Ansiedad Rasgo: Medio – Alto	34 – 34	40,5%

Como características generales relevantes del total de la población investigada se encontró una edad promedio de 33,29 años. Un 77,7% de la muestra presenta un nivel educativo inferior al bachillerato completo, y en un porcentaje muy similar 76,8% de los internos son pertenecientes a estratos socio – económicos 1 y 2. El porcentaje de internos que cuentan con el apoyo de una pareja antes y después del ingreso varía de un 60,8% a un 48,3% respectivamente. Un alto porcentaje (42,9%) de los internos han estado recluidos entre 6 y 12 meses y un 71,4% la población evaluada se encuentra a menos de 5 años de cumplir su condena, del total de la

población un 64,3% declara no ser reincidente. Un 74,10% de la muestra son consumidores de algún tipo de sustancia psicoactivas, y de los cuales el 41,1% son policonsumidores. El 77,67% de la población marcó positivo en ansiedad estado y ansiedad rasgo, mientras que un 41,9% puntuó positivo en depresión estado y depresión rasgo; el 25% de la población total puntuó positivo en riesgo suicida, de esta muestra 82,1% en un nivel leve.

Discusión.

Es importante recordar que los resultados obtenidos deben verse como una tendencia a presentar sintomatologías y no como recurso diagnóstico ya que no ha sido acompañada de entrevista clínica profunda. Sin embargo, al revisar la confiabilidad y validez de los instrumentos proporcionaron herramientas de discusión como las siguientes. Al analizar el estado civil de la muestra total, se conocieron variaciones entre antes y después del encarcelamiento, elevándose los porcentajes de los solteros de 26,8% a 34,8%, separados de 12,5% a 16,1% y apareciendo un único caso de viudez puntuando 0,9%. Acontecimientos como estos pueden verse mezclados con lo que Segovia (s.f.) señala sobre los patrones de conducta propios del síndrome de prisionización, evidenciado en la desproporción reactiva, la autoafirmación agresiva, presente fatalista, síndrome amotivacional y baja estima de sí mismo. Igualmente, como manifestaron Agudelo, Lucumí & Santamaría (2008) en un estudio sobre personas internas en un hospital, aquellos que no eran acompañados durante la estancia puntuaron con depresión moderada, diagnóstico que de acuerdo a Mojica & Rey-Anacona (2009), está relacionado al riesgo suicida. De forma similar, Rodríguez y Puerta (1997) señalan que es probable el aumento de la

prevalencia de Depresión en personas que han perdido a su conyugue o en el momento se encuentran solteros. Lo señalado anteriormente, se complejiza en el caso de la frecuencia de visitas donde el 14.3% registra casi no recibir visitas y un 1.8% nunca las ha recibido, diferente al 21,4% que es visitado una vez al mes.

Otro indicador importante ha sido el consumo de SPA, el cual fue expresado en un 74,10% de internos, prevaleciendo el policonsumo entre alcohol, cigarrillo, marihuana, bazuco y mezclas, conducta que en un estudio realizado por Ordóñez & Ruíz (2008) se encuentra asociada al riesgo suicida; e incluso como lo indica el DSM IV (1995) este tipo de sustancias se relaciona en casos específicos con cuadros sintomatológicos induciendo el Trastorno de Depresión Mayor o el Trastorno por Ansiedad Generalizada. Por otra parte, este resultado es totalmente opuesto a lo que hallaron Ruíz, et al., (2002), en cinco centros penitenciarios de Colombia, donde un porcentaje muy similar expresó no consumir SPA. Es preciso anotar también que en ese estudio se refirieron en gran medida a los internos de la cárcel La Picota los cuales se encuentran bajo diferentes condiciones.

Para terminar los resultados en cuanto a la población en general y continuar describiendo los grupos específicos, vale la pena resaltar dos características más. Una de ellas se trata de un dato poco analizado pero de igual forma importante en el estudio de la conducta delictiva y la prevención general (que alude a la protección y cuidado de la sociedad en su regulación normativa), el cual se refiere al rango de edad de la primera transgresión normativa, dato que se encontró en un 43,1% entre los 8 y los 18 años de edad; es decir, la adolescencia fue el periodo donde hubo mayor presencia de inicio de conductas delictivas. La otra característica se trata del tipo de delito más común, que en uno de los casos colombianos fue el homicidio o alguna forma de hurto (Ruíz et al., 2002) y en el otro, el homicidio, Ley 30 (referida a estupefacientes) y

delitos sexuales (Mojica, Sáenz & Rey-anacona, 2009). En este estudio, el hurto también prevalece junto a otros delitos contra el patrimonio económico en un 36,6%, seguido de casos con múltiple delito de diversa clasificación (16,1%) y delitos contra la vida y la integridad personal (15,2%), dentro de los que se incluye homicidio. Es decir, los resultados apoyan lo señalado por Ruíz, et al., (2002) y Mojica, Sáenz & Rey-anacona (2009) en estudios realizados en el contexto carcelario colombiano.

Ahora bien, los resultados fueron diferenciados para explicitar las características sociodemográficas y de tipo penal en los sujetos desde lo hallado en depresión, ansiedad y riesgo suicida. La sintomatología depresiva estuvo presente en un 59,75% de diversa forma. Aquellos que presentaron dichos síntomas sólo durante o cerca del momento de realización de la prueba fue un 16,07% frente a un 43,68% de internos con presencia habitual de la sintomatología a lo largo de su vida; diferente a lo que advierten Agudelo, Casadiego & Sánchez (2008), cuando señalan mayor manifestación de síntomas depresivos como estado que rasgo. Lo anterior, se contrapone también a lo que Ruíz (2007) y Muro de Araujo & Paino (2008) han señalado como efectos o consecuencias de los centros penitenciarios o la condición de penado, es decir, como punto de partida de cuadros sintomatológicos. Además, la complejidad de este trastorno radica en su tendencia a la discapacidad, que así como lo expresa López, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray (2006), se ha convertido en la primera causa. Cabe resaltar lo evaluado por Torres de Galvis (2000), quien encontró prevalencia de depresión a lo largo de la vida es decir rasgo depresivo en un 19,6% de la muestra colombiana, resultado menor al 43,68% de rasgo depresivo encontrado en este estudio.

Adicional a esto, es necesario analizar que los sujetos con depresión estado, al igual que aquellos con depresión rasgo, puntuaron prevalencia en ansiedad estado y rasgo. Al respecto,

Beekman & et al., (2000) han manifestado que es mayor el porcentaje de sujetos con Trastorno Depresivo Mayor que cumplen criterios para Trastorno por Ansiedad Generalizada (47,5%) que al contrario (26,1%). Aparentemente se evidencia con lo encontrado, que la depresión está relacionada más estrechamente a la comorbilidad entre estos trastornos, pero ello no indica que se la única forma de manifestación de este fenómeno. Lo que sí debe afirmarse, es que la presencia de personas en el programa con probable deterioro en las diferentes esferas de su vida a causa de un trastorno incapacitante y crónico como los estudiados en esta investigación, difícilmente podrán cumplir las expectativas del sistema de justicia y resocializarse, si no reciben atención clínica o incluso psiquiátrica.

Por otro lado, los que presentaron sintomatología de ansiedad conforman el 93,74% de diversa manera. Aquellos con estado exclusivamente conforman el 8,035% frente al 85,70% con rasgo; confirmando lo que Agudelo, Casadiego & Sánchez (2008), aseveran al mencionar mayores casos de rasgo que de estado. Este tipo de resultados apoyan lo señalado por Bousoño (2003), en cuanto a la alta reincidencia de los síntomas de este trastorno. La prevalencia también aporta a corroborar lo que el Ministerio de Protección Social (2003) reporta acerca de la mayor frecuencia de ansiedad seguida de la depresión. Si bien los trastornos de ansiedad han sido menos estudiados a comparación de la depresión, su implicación en la salud mental del grueso de la población va ganando importancia. Además, el manejo del estrés y la ansiedad con el fin de manifestarla de manera no patológica, es claramente necesario en el mundo actual, aún más en contextos como en los que han socializado gran parte de las personas que se encuentran en el establecimiento, ya que su nivel socioeconómico es susceptible de presentar situaciones de vulnerabilidad tanto física como psicológica. Lo expresado cobra importancia cuando autores como Ayers, Sorrell, Thorp & Wetherell (2007) mencionan la pérdida de la calidad de vida en

personas con ansiedad, e incluso cuando Jadue (2001), advierte la generación de dificultades motivacionales y de desempeño o rendimiento, llegando a lo que Martínez (2003), ha manifestado como carácter incapacitante de dicho cuadro clínico.

En este orden de ideas, se visualiza además que la ansiedad estado presenta mayor prevalencia de depresión estado y depresión rasgo, mientras en aquellos con ansiedad rasgo fue más común la presencia de depresión estado y la ausencia de depresión rasgo. Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill (2001), mencionan precisamente la aparición de depresión en casos de ansiedad. Hallazgos como éste proporciona pautas para problematizar en cuanto a la comorbilidad ya advertida. Por otra parte, casos en los que se presente ansiedad rasgo y depresión estado, tendrán que abarcarse de diferente a que si se demostrará depresión rasgo.

A este punto, donde es notable tales índices de ansiedad y depresión es importante prestar atención ya que como lo manifiesta Lim, Saderson y Andrew (2000), éstas acarrear alta discapacidad; aún más si están juntas. Además, como se mencionó anteriormente, es preciso conocer lo complejo que es este fenómeno, puesto que Gómez & Rodríguez (1997), apuntan a que es habitual la alta prevalencia del Síndrome Mixto Ansioso-Depresivo, y añaden que en países en vía de desarrollo está sujeta a las condiciones socioeconómicas entre otras. Lo anterior puede ofrecer pautas para esclarecer índices de experimentación de los trastornos tan altos en una población de estas características.

Referente al RS el 25% de la muestra lo presentó, los cuales mostraron prevalencia en depresión estado, depresión rasgo, ansiedad estado y ansiedad rasgo, siendo entre ellas, mayor la depresión estado y la ansiedad rasgo. Este porcentaje sobrepasa lo encontrado por Mojica, Sáenz & Rey-Anacona (2009) quienes refirieron un 20% de RS en internos colombianos en Bogotá.

Adicionalmente, es recomendado por Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez (2006) una mayor vigilancia en caso de presencia de RS con índices de los dos trastornos, denominados factores de riesgo para el RS por la OMS (2006).

Conclusiones.

A pesar de presentar una ligera variación el encarcelamiento por sí mismo no demostró ser un impedimento para mantener activos los vínculos afectivos, entre los internos y sus parejas; aunque esto no indica algo al respecto de la calidad de las relaciones. En cuanto a los trastornos evaluados, se interpreta que la depresión no es necesariamente una característica propiciada por el encarcelamiento, ya que el porcentaje en el que se encontró depresión estado exclusivamente es muy bajo respecto al encontrado en depresión rasgo. Lo cual permite indagar sobre las circunstancias que han ido fomentando el desarrollo de sintomatologías a lo largo de la vida.

Igualmente, sería cuestionable que la ansiedad sea considerada como una variable atribuible a la pérdida de libertad, ya que el porcentaje de internos que presentan ansiedad estado es bajo. Por tanto, en la población evaluada existe presencia de depresión y ansiedad, que aunque no son imputables al encarcelamiento necesitan del diseño de actividades de intervención que eviten la cronicidad de la sintomatología. Así mismo, estas intervenciones deben apuntar al conocimiento de las causas y el curso de dichas afectaciones ya que vienen siendo manifestadas con anterioridad. Mientras, que en los casos específicos de estado puede ser indagado más allá del trastorno, las dificultades de adaptación al entorno y la situación de encarcelamiento. Estudios como estos pueden ser muy útiles en el diseño de actividades para la población penada, ya que ayudan a enfocar de manera más eficaz los programas con relación a las características poblacionales.

Por otra parte, el riesgo suicida a pesar de presentarse en un porcentaje no tan alto, es una variable a tener en consideración, puesto que los sujetos que puntuaron alto, en su mayoría presentan síntomas depresivos y ansiosos tanto en estado como en rasgo. Ante esta situación sería de gran ayuda tomar como base los programas que ya han sido diseñados por la OMS para la prevención del suicidio.

Otro factor importante a tener en cuenta, es el consumo de sustancias psicoactivas ya que el porcentaje de internos que consumen corresponde casi a las $\frac{3}{4}$ partes de la población total, y si bien este factor no se puede considerar propiamente un desencadenante de la depresión, ansiedad y el riesgo suicida si puede en cierta medida agudizar la sintomatología y obstaculizar los respectivos tratamientos.

Finalmente, sería de gran ayuda apoyarse en los resultados arrojados por esta investigación para desarrollar estudios que esclarezcan y profundicen acerca de la comorbilidad entre la depresión, ansiedad y la posible aparición de riesgo suicida en casos como estos en población penada. Lo anterior, con el fin de realizar intervenciones más precisas tanto colectiva como individualmente y así profundizar en lo que respecta al dinamismo de estos trastornos, ya que en su mayoría la literatura los ha expuesto por separado.

Sugerencias

Las siguientes observaciones son realizadas para el adecuado uso y aprovechamiento de las interpretaciones realizadas. Para iniciar, es preciso tener una estructura organizacional que permita y exija diseños e intervenciones desde lo clínico pues es necesario realizar la atención pertinente a aquellos que estén presentando algún trastorno. Por ejemplo, en este caso, donde los

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

síntomas latentes son de suma importancia puesto que entorpecen el proceso de resocialización y configuran un riesgo para la institución en caso de suicidio.

También es vital, que se tomen los hallazgos de depresión y ansiedad como tendenciosos más no diagnósticos, y se realicen entrevistas clínicas de profundidad para definir tal diagnóstico. Caso contrario a aquellos internos con riesgo suicida, que deben tener seguimiento inmediato y un tratamiento que tenga en cuenta los índices de ansiedad y depresión encontrados en estas personas.

Finalmente, es urgente iniciar campañas y programas preventivos e interventivos frente al consumo de sustancias psicoactivas ya que además de haber sido iniciada a temprana edad por la mayoría, sus efectos son otro factor incapacitante y el Proyecto de Comunidad Terapéutica no podría abarcar toda la población. Lo que se sugiere podría más bien, dar apoyo, visibilidad y fuerza al trabajo contra las adicciones.

Referencias.

- Agudelo, D. M., Casadiego, C. P & Sánchez, D. L. (2008). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8, (1), 87 – 104.
- Agudelo, D. M., Lucumí, L. M. & Santamaría, Y. J. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 4, (10), 59 – 83.

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

- Agudelo, D. M. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5, (12), 139 - 159
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, (4), 525 – 532.
- Aragónés, E., Gutiérrez, M. A., Pino, M., Lucena, C., Cervera, J. & Garreta, I. (2001). Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Atención primaria*, 27, (9), 623 - 628.
- Arbach, K., Planchat, L. M. & Pueyo, A. A. (2004). Factores de riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos. *Informaciones Psiquiátricas*. (178), 273-277.
- Arroyo, J. M. (2006). Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria. *Norte de Salud Mental*, (25) 35-43.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2003). La atención a la salud mental de la población reclusa. *Norte de Salud Mental*, (17), 64 - 67.
- Ayora, M. (1993). Ansiedad en situaciones de evaluación o examen, en estudiantes secundarios de la ciudad de Loja (Ecuador). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25, (003), 425 – 431.
- Ayers, C. R., Sorrel, J. T., Thorp, S. R. & Loebach, J. (2007). Evidence-Based Psychological Treatments for Late-Life Anxiety. *Psychology and Aging*, 22, (1), 8 – 17.
- Beekman, A., De Beurs, E., Van Balkom, A., Deeg, D., Van Dyck, R. & Van Tilburg, W. (2002). Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal Psychiatry*, 157, 89 – 95.
- Bertot, I. A., Castillo, Y. & Fonseca, R. (2003). El factor alcoholismo en la conducta suicida. *Multimed*, 7, (1).
- Bousoño, M. (2003). Trastorno de ansiedad generalizada: aspectos clínicos. Recuperado el 23 de Octubre de 2011 de: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2732/1/interpsiquis_2003_10444.pdf
- Brown, T. A., Campbell, L., Lehman, C., Grishman, J., & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, (4), 585-599.
- Campo-Arias, A. & Cassiani, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, (4), 598 – 613.
- Caraveo-anduaga, J. J., Colmenares, E. & Saldívar, G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental, Número Especial*, 62 – 67.
- Castrillón, D. & Borrero, P. (2005). validez estructural y confiabilidad del inventario de ansiedad estado - rasgo (staic) para la valoración de la ansiedad en niños escolarizados entre los 8 y 15 años de la ciudad de Medellín, Colombia. *Suma Psicológica*, 12, (1), 47 – 60.
- Conde, C. A., Orozco, L. C., Báez, A. M. & Dallos, M. I. (2009). Aportes fisiológicos a la validez de criterio y constructo del diagnóstico de ansiedad según entrevista psiquiátrica y el State-Trait

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

- Anxiety Inventory (STAI) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38, (2), 262 - 278.
- Crespo, F. A. (2006). Construcción y validación de la escala para medir prisionización caso Venezuela: Mérida, 2006. *Capítulo Criminológico*, 35, (3), 375 – 407.
- Flint, A. J. (1999). Anxiety disorders in late life. *Canadian Family Physician*, 45, 2672 – 2679.
- Gómez, C. & Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población Colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26, (1), 23 – 35.
- Gómez, C., Saldívar-González, J. A. & Rodríguez, R. (2002). Modelos animales para el estudio de la ansiedad: una aproximación crítica. *Salud Mental*, 25, (1), 14 – 24.
- Gutierrez, M., Espino, O., Palenzuela, D. L. & Jiménez, A. (1997). Ejercicio físico regular y reducción de la ansiedad en jóvenes. *Psicothema*, 9, (3), 499 – 508.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M. & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29, (005), 66 -74.
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. (2005). Resolución 7302 de 2005. Recuperado el 30 de Abril de 2011 de: http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46476/r_inpec_7302_2005.html
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. (2010). Funciones de la Subdirección de Reinserción Social. Recuperado el 30 de Abril de 2011 de: <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/SeccionInpeccomoinstitucion/Funcionreinsercionsocial>
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos*, (27), 111 – 118.
- Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T. A. & Kikkawa, T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 441–452
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8 – 19.
- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. Recuperado el 25 de Junio de: <http://www.elortiba.org/mklein/melanie.Klein.6.23.htm>
- Lim, D., Sanderson, K. & Andrew, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, (3), 139 – 146.
- Londoño, N., Álvarez, C., López, P. & Posada, S. (2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*, (7), 123 – 136.
- Lopez, A. D, Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T. & Murray, C. (2006). Global Burden of Disease and Risk Factors. New York: Copublication of The World Bank and Oxford University Press.

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

- Martina, M., Fernández, M. & Contini, N. (s.f.). Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida. Recuperado el 2 de Julio de 2011 de: http://www.suicidologia.org.ar/files/estudio_comparativo_riesgo_suicida_adolescentes_-_casullo.pdf
- Martínez, S. (2003). Trastorno de ansiedad generalizada en ancianos. Recuperado el 28 de Agosto de 2011 de: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2730/1/interpsiquis_2003_10446.pdf
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, (4), 1 – 16.
- Michaud, C., Murray, C., & Bloom, B. (2001). Burden of disease: Implications for future research. *Journal of the American Medical Association*, 285, 535-539.
- Ministerio de Protección Social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Recuperado el 19 de Abril de 2011 de: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Mojica, C. A., Sáenz, D. A. & Rey-Anacona, C. A. (2009). Riesgo suicida, Desesperanza y Depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38, (4), 681 – 692.
- Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. & Márquez, M. (2001). Prevalence of anxiety and depression disorders in an elderly sample living in the community. *Mapfre Medicina*, 12, (1), 19 – 25.
- Muro de Araújo, A.P.; Paino, S.G. (2008). Apoyo social y ansiedad: realidad de una muestra de madres presas. En F.J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce (Eds.). *Psicología Jurídica: entorno judicial y delincuencia*. Oviedo: Universidad de Oviedo. 335-342.
- Nuevo, R. (2005). Sensibilidad y especificidad del cuestionario de preocupación y ansiedad para la detección del trastorno de ansiedad generalizada en la edad avanzada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, (2), 135 – 142.
- Organización de Naciones Unidas. (s.f.) Desde la Prisión: Realidades de las Cárceles en Colombia. Bogotá: Grupo OP Gráficas S.A.
- Ordoñez, L. S. & Ruíz, J. I. (Dir.). (2008). *Suicidio en Prisión*. En Rodríguez, L. S. & Ruíz, J. I. (Dir.) Estado del arte en Psicología: Aportes desde la Psicología Jurídica y Clínica al contexto penitenciario (74 – 95). Recuperado el 2 de Abril de 2011 de: <http://extension.upbbga.edu.co/inpec2009/Estudiosprimeraparte/areasdisciplinarias/psicologia.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Prevención del suicidio recurso para consejeros. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Trastornos Mentales y Cerebrales.
- Organización Mundial de la Salud & Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. (2007). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra: Datos de Catalogación en Publicación de la Biblioteca de la OMS.

Estudio descriptivo sobre depresión, ansiedad y riesgo suicida

- Pérez, S., Ros, L. A., Pablos, T. & Calás, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*, 13, (1), 7 – 11.
- Pichot, Pierre, et. al. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. México: Editorial Masson, S.A. Primera Edición.
- Rodríguez, C.E. & Puerta, G. (1997). Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26, (4), 273 – 288.
- Rovella, A. & González, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, 17, (1), 179 – 194.
- Ruíz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M. L., Morales, S., Sánchez, V. & Páez, D. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, (011) 99-114.
- Ruiz, J.I. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 547-561.
- Ruiz, J. (2008). La experiencia del encarcelamiento: Una perspectiva psicosocial. En Rodríguez, L. S. & Ruíz, J. I. (Dir.) Estado del arte en Psicología: Aportes desde la Psicología Jurídica y Clínica al contexto penitenciario (45 – 73). Recuperado el 2 de Abril de 2011 de: <http://extension.upbbga.edu.co/inpec2009/Estudiosprimeraparte/areasdisciplinarias/psicologia.pdf>
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, (1), 141 – 157.
- Segovia, J. L. (s.f.). Consecuencias de la prisionización. Recuperado el 22 de Septiembre de 2011: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/iesalfonso_romero_barcojo/actividades_tic/trabajos_profesorado/unidades_didacticas/religion/carcel/fichero-00.pdf
- Sierra, J. C., Ortega, V & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividad*, 3, (001), 10 – 59.
- Spielberger, C.D., Agudelo, D., Buena-Casal, G. (2008). Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER). Madrid: TEA Ediciones.
- Torres de Galvis, Y. (2000). Epidemiología de los trastornos psiquiátricos – estudio nacional Colombia. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: el día 3 de abril de 2011]. Conferencia 9-CI-C: [35 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa9/conferencias/9_ci_c.htm
- Tuesca-Molina, R. & Navarro-Lechuga, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud UNINORTE*, 17, 19 – 28.
- Vidal, D. A. (1999). Factores de riesgo en el anciano. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8, (2), 103 – 112.
- World Health Organization. (2010). Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. Recuperado el 2 de Abril de 2011 de: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf