Trastornos de ansiedad y su relación con las condiciones carcelarias en personas reclusas en Medellín, Colombia, año 2014

The link between anxiety disorders and prison conditions for inmates in Medellín, Colombia, 2014

Transtornos de ansiedade e sua relação com as condições da prisão em reclusos em Medellín, Colômbia, 2014

Bibiana Marcela Ramírez Mejía[1]; Sandra Milena Rueda Ramírez[2]

[1] Magíster en Salud Mental. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. bimara2010@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8288-6041

[2] Magíster en Epidemiología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. sandra.rueda@udea.edu.co. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8354-9151

Recibido: 14/10/2016. Aceptado: 20/12/2019. Publicado: 03/07/2020

Ramírez Mejía BM, Rueda Ramírez SM. Trastornos de ansiedad y su relación con las condiciones carcelarias en personas reclusas en Medellín, Colombia, año 2014. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2020;38(3):e325651. DOI: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e325651

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad y su relación con características sociodemográficas, estrategias de afrontamiento, condiciones carcelarias y servicios asistenciales prestados por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, de las personas reclusas en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario Bellavista y el Complejo Carcelario y Penitenciario Pedregal, Medellín, año 2014. **Metodología:** Se realizó un estudio de corte, entre los meses de junio a julio de 2014, para explorar las posibles asociaciones entre las variables estudiadas y los trastornos de ansiedad en personas reclusas, aplicando un muestreo aleatorio, con participación de 532 reclusos (52,1 % hombres y 47,9 mujeres). Se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, escala de estrategias de *Coping* - modificada, y el cuestionario para apoyo social percibido. **Resultados:** Se encontró una prevalencia de ansiedad del 39,5% en el último mes, lo que indica que aproximadamente 2 de cada 5 reclusos presentaron trastornos de ansiedad. Los principales factores de riesgo de la presencia de ansiedad fueron: percepción alta de maltrato por otros internos, nunca recibir asesoría jurídica por parte del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, no tener expresión en la dificultad de afrontamiento, no tener reevaluación

positiva y tener reacción agresiva. **Conclusión:** Los reclusos con trastornos de ansiedad muestran mayores riesgos, en características relacionadas con sucesos en prisión, servicios prestados por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y estrategias de afrontamiento, que los reclusos sin este tipo de problema, lo que confirma la vulnerabilidad de este colectivo penitenciario que requiere mayor atención.
----------*Palabras clave:* Salud mental, trastornos de ansiedad, reclusos, prisión, Medellín.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of anxiety disorders and their link to sociodemographic characteristics, coping strategies, prison conditions and care services provided by the Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario [National Penitentiary and Prison Institute] to people incarcerated in the Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario Bellavista and the Complejo Carcelario y Penitenciario Pedregal, Medellín, 2014 . **Methodology:** A cross-sectional study was carried out between June and July 2014 to explore the possible associations between the studied variables and anxiety disorders in inmates, applying random sampling resulting in the participation of 532 inmates (52.1% men and 47.9% women). The International Neuropsychiatric Interview, modified Coping strategy scale and the questionnaire for perceived social support were applied. **Results:** An anxiety prevalence of 39.5% was found in the last month, indicating that approximately 2 out of 5 inmates had anxiety disorders. The main risk factors for the presence of anxiety were: high perception of mistreatment by other inmates, never receive legal advice from the National Penitentiary and Prison Institute, cannot express difficulties coping, have no positive reassessment and have aggressive reactions. **Conclusion:** Inmates with anxiety disorders show higher risks in characteristics related to events in prison, services provided by the National Penitentiary and Prison Institute and coping strategies than inmates without this type of problem, confirming the vulnerability of this prison group that requires more attention.
----------*Key words:* Mental health, anxiety disorders, inmates, prison, Medellín

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência de transtornos de ansiedade e sua relação com características sociodemográficas, estratégias de enfrentamento, condições carcerárias e serviços de assistência prestados pelo Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, dos detentos no Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario Bellavista e o Complejo Carcelario y Penitenciario Pedregal, Medellín em 2014. **Metodologia:** Realizou-se um estudo de corte, entre os meses de junho a julho de 2014, para explorar as possíveis associações entre as variáveis estudadas e os transtornos de ansiedade nos detentos, aplicando uma amostragem aleatória com a participação de 532 detentos (52,1% homens e 47,9% mulheres). Foi realizada a Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, escala de estratégias de Coping – modificada, e o questionário Escala Multidimensional de suporte social percebido. **Resultados:** Encontrou-se uma prevalência de ansiedade de 39,5% no último mês, o que indica que aproximadamente 2 de cada 5 detentos apresentaram transtornos de ansiedade. Os principais fatores de risco da presença de ansiedade foram: alta percepção de maltrato vinda de outros detentos, assessoria jurídica nula por parte do Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, ausência de apoio diante da dificuldade de enfrentamento, falta de reavaliação positiva e ter reação agressiva. **Conclusão:** Os detentos com transtornos de ansiedade mostram maiores riscos nas características relacionadas com os acontecimentos na prisão, serviços prestados pelo Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario e estratégias de enfrentamento, que os detentos sem este tipo de problema, o que confirma a vulnerabilidade dessa população carcerária que requer maior atenção.
----------*Palavras-chave:* Saúde mental, transtornos de ansiedade, detentos, prisão, Medellin

Introducción

La salud mental de cada individuo está en relación con las formas en las que se vive, desde el actuar familiar hasta las interacciones laborales y sociales; y cualquier alteración en términos de salud lo afectaría tanto de manera individual como a nivel de la comunidad [1]. Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente una de cada diez personas padece un trastorno mental o del comportamiento, pero los tratamientos son limitados y se disponen los más básicos para una parte de esta población [2].

Cuando se habla de la población interna en cárceles, las inadecuadas condiciones de salud mental son de gran magnitud. En informes considerados en contextos sanitarios y políticos [3], se reporta una prevalencia de trastornos mentales, en los presos, entre el 45 y el 50 %, siendo entre 4 y 6 veces más que en la población general [4]. Ello puede deberse a las condiciones mismas del encarcelamiento, donde la constante exposición produce alteraciones emocionales que pueden activar o generar otras afectaciones psicológicas.

La prisionalización exige una adaptación a este medio, donde se produce un proceso de *despersonalización,* entendida como pérdida de individualidad por las condiciones del entorno carcelario; además, se ocasionan unos efectos de tipo psicológico, como la pérdida de la autoestima, el aumento de la ansiedad y la generación de una dependencia que puede entenderse desde los vínculos afectivos que se debilitan por causa del encierro [5].

Según algunos estudios, los centros de reclusión son lugares donde se gestan enfermedades mentales, dada la exposición de las personas a eventos estresores, como el hacinamiento, la falta de privacidad, la falta de autonomía, la pérdida de la noción de tiempo y espacio, el aislamiento de redes, diferentes formas de violencia y falta de actividades significativas, convirtiéndose en factores de riesgo cuando no se tienen los recursos positivos que protejan la propia salud mental, tales como apoyo social, motivación al logro, afrontamiento, entre otros [6-8]. Autores como Quintero-Cárdenas *et al.* se refieren a condiciones relacionadas con los traslados, las extorsiones, la situación jurídica actual, la violencia entre internos, las demoras en los procedimientos y las dificultades en los procesos jurídico-penales [9] como factores que influyen en la sintomatología psicológica en población reclusa. En el "Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas", realizado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos [10], se observa que los problemas más graves en los países latinoamericanos son: el hacinamiento, aunado a las condiciones físicas que esta situación genera; la violencia; la insuficiencia en servicios básicos; el uso de la tortura; la inexistencia de mayor seguridad para grupos vulnerables y la ausencia de programas orientados a la resocialización, como los laborales y educativos. Estos problemas constituyen una influencia negativa en la salud mental.

Por los factores como los antes mencionados, las personas en el contexto carcelario presentan más síntomas y trastornos psicopatológicos que los identificados en población general y servicios psiquiatricos [11], con mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad [9,12]. Tal es el caso del estudio realizado en centros penitenciarios españoles, donde se encontró el 45,3 % de trastornos de ansiedad y el 41,0 % de trastornos afectivos en la población reclusa [4]. En Colombia, de acuerdo con el estudio sobre "la depresión y la ansiedad estado/rasgo y su prevalencia en internos adscritos al 'Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario' del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario —INPEC—" [12, p. 47], se observó una sintomatología de ansiedad del 93,7 %, donde el 8,0 % correspondió a ansiedad estado y un 85,7%, a ansiedad rasgo [12].

En un nivel moderado, la ansiedad tiene una función de carácter adaptativo, partiendo del hecho de que ayudan a planear la forma más adecuada de enfrentarse con una posible amenaza; pero cuando esta se presenta de manera crónica e intensa, y no puede ser afrontada de modo satisfactorio, puede generar miedo y ansiedad anormal, y se convierte en una situación de desadaptación o patología [13].

Dicha patología abarca diferentes tipos de trastorno de ansiedad. Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), algunos de ellos son los trastornos de angustia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, agorafobia, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y trastornos de ansiedad inducidos por sustancias [14].

En Colombia, la Defensoría del Pueblo determinó que los trastornos de ansiedad hacen parte de los trastornos más frecuentes al interior de los establecimientos de reclusión, además de la farmacodependencia, la esquizofrenia y trastornos del afecto [6]. Según un estudio llevado a cabo en la Penitenciaría Nacional de Palmira, para identificar los trastornos mentales más frecuentes, tomando en cuenta la influencia de sus características particulares y su condición de reclusos, se mostró que el 68,7 % presentaba algún tipo de trastorno mental, donde la ansiedad era uno de los trastornos más prevalentes, luego de los de depresión, en similar proporción [15]. López *et al.* [16] explican que estos trastornos potencian comportamientos de riesgo que pueden reflejarse en actos violentos, comportamientos impulsivos y disruptivos, que favorecen la presencia de eventos violentos entre reclusos.

Acerca de los centros carcelarios y penitenciarios en Medellín para adultos civiles, el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario (EPMSC) —conocido como Bellavista—, para la reclusión de los hombres, ha evidenciado condiciones alarmantes de hacinamiento, donde al año 2013 se encontró un hacinamiento del 207 % [17]. La reclusión de mujeres de Medellín se realiza en el Complejo Carcelario y Penitenciario (COPED), conocido como El Pedregal; este funciona, a su vez, como establecimiento carcelario de hombres, los cuales se ubican en otra división del complejo. Si bien en este establecimiento se ha evidenciado hacinamiento, no ha sido tan crítico como el observado en el EPMSC Bellavista [18].

Con respecto a la infraestructura, en ninguno de estos establecimientos de Bellavista y Pedregal se cuenta con un espacio físico para la población reclusa que presente problemas de salud mental [17].

Las condiciones de estos centros de reclusión se suman a las condiciones carcelarias en el contexto colombiano, donde se ha revelado que el sistema penitenciario vulnera los derechos de los reclusos y se reconoce la falta de fortalecimiento en servicios de salud, alimentación, recreación y los relacionados con procesos de resocialización, como deporte, educación y trabajo remunerado , además del padecimiento de malas condiciones de salud y la inexistencia de políticas claras de rehabilitación [19].

Existen muchos interrogantes por resolver en cuanto a las afectaciones mentales de los internos, dejando claro que si no se cuenta con unas condiciones mínimas de habitabilidad en las prisiones, la salud mental podría perturbarse, dado el complejo proceso de adaptación a la vida en ellas.

Estudios en la población reclusa desde diferentes dimensiones han facilitado identificar la problemática relacionada, pero ha sido necesaria una visión más integradora que aborde otros enfoques para entender el impacto de la reclusión y sus afectaciones mentales; por ello, el objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y su relación con algunas características sociodemográficas, estrategias de afrontamiento, condiciones carcelarias y servicios asistenciales prestados por el INPEC, , de las personas reclusas en el EPMSC Bellavista y el COPED Pedregal, de Medellín, año 2014.

Los hallazgos de este trabajo podrían contribuir a tener un conocimiento más exacto de la magnitud de los trastornos de ansiedad de los reclusos, además de disponer información que podría orientar el desarrollo de programas de intervención y tratamiento que contribuyan a afrontar de forma conveniente el problema, mejorando en alguna medida su salud mental.

Metodología

Para lograr el objetivo enunciado, se realizó un estudio de corte. La población de referencia fueron 6674 personas privadas de la libertad en los establecimientos penitenciarios y carcelarios de Medellín (5358 de Bellavista y 1316 de Pedregal).

La muestra, bajo un diseño probabilístico, fue de tipo estratificado según centro penitenciario, en el que se incluyó a aquellos que tenían un tiempo de permanencia en el establecimiento de mínimo 12 meses y se excluyó a los que presentaban trastornos psicóticos o de personalidad, diagnosticados por la entidad prestadora de salud o con signos visibles, y los hombres que se encontraban recluidos en el COPED Pedregal.

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta la prevalencia de trastornos de ansiedad en reclusos y la prevalencia estimada de factores de riesgo —como testigo de muerte, víctima de golpizas, estresores familiares y apoyo social—, considerando como $p = 60$ %, un error máximo permitido del 5 % y un nivel de confianza del 95 %. Por lo tanto, el tamaño de la muestra fue de 283 internos del EPMSC Bellavista y 272 internas del COPED Pedregal, con una pérdida por no completitud de 6 encuestas en Bellavista y 17 encuetas en Pedregal, para un total de 532 encuestas válidas.

Para identificar los trastornos mentales, específicamente los trastornos de ansiedad (angustia, fobia social, ansiedad generalizada y estrés postraumático), se utilizó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) versión en español 5.0.0, disponible en 33 idiomas, que explora los principales diagnósticos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª edición (CIE-10) [20]. Este instrumento no tiene escala de medición, ya que la prueba permite diagnosticar el trastorno de forma inmediata, por módulos de categorías diagnósticas de 16 trastornos mentales, con una duración promedio de 15 minutos, y es fácil de usar tras un breve entrenamiento. Diferentes estudios apoyan la utilidad del MINI, por su alta especificidad y sensibilidad (del 85 %), además de su valor predictivo positivo (de 75 %); en comparación con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta [21,22].

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se aplicó la escala de estrategias de *Coping* – modificada, para determinar las formas de afrontamiento que las personas emplean ante situaciones estresantes o difíciles. Esta escala fue validada en Colombia y está conformada por doce componentes, los cuales fueron tenidos en cuenta en el presente estudio: "solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía" [23, p.

341]. Las propiedades psicométricas de la escala evidencian un alfa de Cronbach de 0,847 [23, p. 328].

El apoyo social percibido se evaluó con el cuestionario de Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS), donde sus componentes evalúan la red de apoyo emocional, ayuda material o instrumental, relaciones sociales de ocio y distracción, y apoyo afectivo, demostrado una pertinente variabilidad en los ítems [24]. La calificación e interpretación de la escala fue tomada de la validación realizada para Colombia, donde se explican los niveles de riesgo, según puntación total de cada componente evaluado, en alto, medio y bajo riesgo [25]. El alfa de Cronbach observado entre los componentes del cuestionario MOS fueron de 0,921 y 0,736.

Otros cuestionarios para la recolección de información fueron diseñados con preguntas que pretendían describir las condiciones carcelarias y los servicios de atención en salud, alimentación, recreación, deporte, educación y trabajo prestados por el INPEC, así como los sucesos en prisión, estos últimos orientados a indagar, en los reclusos, situaciones vividas o sucesos traumáticos, como el apoyo externo recibido durante el tiempo de condena (llamadas telefónicas y cartas recibidas de familiares y amigos, visitas del abogado, visitas del médico y del psicólogo, ayuda económica por parte de sus familiares y amigos, desarrollo de vínculos afectivos con otros internos y familiares de otros internos) y situaciones que atentaron contra su seguridad o integridad física (ser agredido física o verbalmente por otro interno, personal de custodia y vigilancia, o personal administrativo del INPEC; participar en peleas dentro de la prisión; haber sufrido agresiones sexuales dentro de la prisión; ser víctima de amenaza, entre otros aspectos). Estos ítems fueron valorados en una escala de 5 opciones (1 = Nunca, 2 = Casi nunca, 3 = A veces, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre).

Las características sociodemográficas observadas fueron edad, sexo, escolaridad, estado civil y fase de clasificación (fase en la que se encuentra el interno: de observación, alta seguridad, mediana seguridad, mínima seguridad y fase de confianza).

La información fue recolectada previa autorización del INPEC y el aval del Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en la sesión 100 del 24 de abril de 2014. Para dicha recolección se entrenó un grupo de psicólogos clínicos, quienes aplicaron los cuestionarios. Por medio de un consentimiento informado, se aclaró a los internos el propósito del estudio y las garantías respecto al absoluto anonimato y la confidencialidad en el manejo de la información.

Se efectuó una prueba piloto con 23 internos de ambos centros penitenciarios, donde se probó la coherencia, la claridad, la correcta elaboración, la categorización de las preguntas y la pertinencia de las mismas, además de la estimación del tiempo de realización de los cuestionarios.

El proceso de análisis se hizo en el programa SPSS® versión 22 (SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos), con licencia amparada por la Universidad de Antioquia; el *software* libre de la OPS Epidat 3.1 y Microsoft Office Excel® 2010.

Se probó la hipótesis de normalidad de los datos mediante la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, rechazando la hipótesis nula de distribución normal ($p < 0,05$), por lo que se llevaron a cabo los análisis bivariados con pruebas no paramétricas.

Se hicieron comparaciones entre centros penitenciarios, verificando el nivel de significancia a través de diferencias de proporciones.

También se exploraron las posibles asociaciones existentes entre las variables estudiadas y el trastorno de ansiedad. Para ello, la relación entre los trastornos de ansiedad y las covariables —sociodemográficas, estrategias de afrontamiento, apoyo social percibido, condiciones carcelarias, suceso en prisión y otros factores— se exploró por medio de la prueba ji-cuadrado (χ^2) y su intervalo de confianza al 95 % (IC 95 %). Se asumió significancia estadística con valor $p < 0,05$.

Para el análisis multivariado, se efectuó una regresión logística binaria, con el fin de determinar el mejor conjunto de variables independientes (características sociodemográficas, estrategias de afrontamiento, condiciones carcelarias y servicios asistenciales prestados por el INPEC) que explicaran los trastornos de ansiedad, considerando como variable dependiente la presencia de trastorno de ansiedad, de acuerdo con las categorías de 1: "Sí", y 0: "No". La asociación fue expresada en términos de *odds ratio* (OR), con sus respectivos intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %).

La selección de las variables candidatas a ingresar al modelo de regresión logística se hizo con base en el criterio Hosmer y Lemeshow ($p \leq 0,25$) [26,27].

Empleando la prueba de Tolerancia (T) y el Factor de Incremento de Varianza (FIV), se evaluó si existían problemas de colinealidad entre las variables incluidas en los modelos de regresión; se encontró que no se presentó colinealidad ($T > 0,1$; FIV < 10).

A pesar de ser un modelo explicativo, se realizaron estas pruebas con el fin de verificar que la información suministrada por las diferentes variables no fuera repetitiva.

Resultados

En los 532 internos de la muestra, la edad promedio fue de 35 años, con una desviación de 11 años, quienes con mayor frecuencia tenían un estado civil "soltero" (47,4 %), y como máximo nivel de escolaridad, el 85,5 % (455) tenía preescolar/primaria o secundaria.

Al observar los trastornos de ansiedad, se encontró una prevalencia del 39,1 % (208), lo que indica que aproximadamente 2 de cada 5 reclusos presentaron este trastorno; el 60,9 % restante no presentó ningún trastorno relacionado. Al observar la distribución según tipo de trastorno de ansiedad, el trastorno de angustia en estado actual tuvo una frecuencia del 22 %, y en estado de por vida, del 16,4 % (véase tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia de trastornos de ansiedad en personas reclusas en establecimientos penitenciarios y carcelarios

Trastornos de ansiedad			n = 532	%
Trastorno de angustia	De por vida	Sí	87	16,4
		No	445	83,6
	Crisis actual con síntomas limitados	Sí	75	14,1
		No	457	85,9
	Actual	Sí	117	22,0
		No	415	78,0
Fobia social		Sí	67	12,6
		No	465	87,4
Estrés postraumático actual		Sí	81	15,2
		No	451	84,8
Trastorno de ansiedad generalizada		Sí	76	14,3
		No	456	85,7

La prevalencia de trastornos de ansiedad en hombres y mujeres (véase tabla 2) se manifestó aproximadamente en igual proporción (39,0 %), con mayor frecuencia en edades de 29 a 50 años y en personas con un nivel de escolaridad de preescolar/primaria. Según el estado civil, quienes están separados o divorciados presentan mayor prevalencia de trastorno de ansiedad que aquellos que están casados o en unión libre, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,03$; $p = 0,03$).

Tabla 2. Características sociodemográficas y sucesos en prisión relacionadas con trastornos de ansiedad en personas reclusas en establecimientos penitenciarios y carcelarios

			Trastornos de Ansiedad					
			Sí	No	Total	OR	IC 95%	χ^2
Variables demográficas	Sexo	Hombre	109	168	277	1,02	0,72-1,45	0,02
		Mujer	99	156	255	1		
	Edad	18-28	79	111	190	1,15	0,62-2,13	0,20
		29-50	108	179	287	0,98	0,54-1,77	0,01
		51 y más	21	34	55	1		
	Estado civil	Soltero	101	151	252	0,94	0,64-1,37	0,09
		Separado/divorciado	15	44	59	0,48	0,25-0,92	5,01*†
		Viudo	7	9	16	1,10	0,39-3,06	0,03
		Casado/unión libre	85	120	205	1		
	Nivel académico	Preescolar/primaria	96	122	218	1,57	0,38-6,46	0,40
		Secundaria	86	151	237	1,14	0,28-4,67	0,03
		Técnico-tecnológico/ universitario	23	45	68	1,02	0,23-4,46	0,00
		Ninguno	3	6	9	1		

			Trastornos de Ansiedad					
			Sí	No	Total	OR	IC 95%	χ^2
Estado jurídico	Establecimiento penitenciario	Pedregal	99	156	255	0,98	0,69-1,39	0,02
		Bellavista	109	168	277	1		
	Condición jurídica	Condenados	174	291	465	0,58	0,35-0,97	4,37*†
		Sindicados	34	33	67	1		
	Conocimiento del sistema paso	Sí	13	48	61	0,38	0,2-0,73	9,15*†
		No	195	276	471	1		
	Fase de clasificación según sistema paso	Observación	19	37	56	1,54	0,28-8,38	0,25
		No sabe	39	43	82	2,721	0,52-14,28	1,50
		Alta y mediana seguridad	148	238	386	1,87	0,37-9,36	0,59
		Mínima seguridad	2	6	8	1		
	Actividad de redención de pena	Estudio	71	114	185	0,65	0,4-1,04	3,20‡†
		Enseñanza/trabajo	84	155	239	0,65	0,40-1,04	3,20
		Ninguno	53	55	108	1		
Sucesos en prisión	Maltrato percibido por parte de internos	Mediana	125	186	311	4,91	2,44-9,87	23,04⁂†
		Alta	73	65	138	8,20	3,91-17,19	36,88⁂†
		Baja	10	73	83	1		
	Maltrato percibido proveniente del personal del inpec	Mediana	83	143	226	0,79	0,54-1,16	1,41
		Alta	33	41	74	1,10	0,64-1,87	0,12
		Baja	88	120	208	1		
	Percepción de acompañamiento del interno	Mediana	48	78	126	0,50	0,31-0,77	10,02⁂†
		Alta	150	222	372	0,82	0,23-2,97	0,09
		Baja	6	4	10	1		

OR = 1 es la categoría de referencia. Niveles de significación: *$p \leq 0{,}05$. ‡$p \leq 0{,}01$. ⁂$p \leq 0{,}001$. †$p \leq 0{,}25$ (variables candidatas a ingresar al modelo de regresión logística según criterio de Hosmer y Lemeshow)

IC: Intervalo de confianza; INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario; OR: *odds ratio*; PASO: Plan de Acción y Sistema de Oportunidades; χ^2: ji-cuadrado.

De acuerdo con el estado jurídico, quienes se encontraban con trastorno de ansiedad, en su mayoría pertenecían al establecimiento penitenciario de Bellavista (52,4 %) y presentaban una condición jurídica de condenado (83,7 %), siendo estos a quienes se les ha aplicado la sanción prevista por la ley por su responsabilidad en la ocurrencia de una conducta punible; el porcentaje restante, que corresponde a los sindicados (16,3 %), son personas acusadas de una conducta punible y que se encuentran en proceso de juzgamiento.

Referente al conocimiento del sistema Plan de Acción y Sistema de Oportunidades (PASO), definido como una ruta de atención y tratamiento diseñada para la población carcelaria de Colombia [28], el 88,5 **%** (471) afirmó no conocerlo, y de estos, el 41,4 **%** (195) presentó trastorno de ansiedad.

En la fase de clasificación según el sistema PASO, el 72,6 **%** (386) se encontraba en alta y mediana seguridad, observándose en un 38,3 **%** (148) de esta población trastornos de ansiedad.

Dentro de las actividades de redención de pena, el 77,3 % (411) de los internos se encontraron trabajando o estudiando dentro del establecimiento, el 2,4 % (13) en actividades de enseñanza y el 20,3 % (108) manifestó no estar realizando ninguna actividad.

Respecto a los sucesos en prisión, la percepción de maltrato por parte de otros internos es del 84,4 % (449) en un nivel alto y medio; el porcentaje restante (15,6 %, n = 83) tiene una percepción baja; y en cuanto al maltrato percibido como proveniente del personal del INPEC, el 58,7 % (312) de los internos sienten una frecuencia alta y mediana en la ocurrencia de sucesos orientados a agresiones físicas y verbales, mientras el 41,3% (208) lo percibe como de baja frecuencia (véase tabla 2).

Al observar la participación en actividades del centro penitenciario y carcelario (véase tabla 3), los reclusos que nunca participan en actividades deportivas, académicas y lúdico/recreativas presentan mayor prevalencia de trastorno de ansiedad ($\chi^2 = 4{,}30$; $\chi^2 = 2{,}27$; $\chi^2 = 5{,}52$, respectivamente) que aquellos que siempre participan; estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p \leq 0{,}05$).

Tabla 3. Características sobre participación en las actividades del centro penitenciario y carcelario y servicios prestados por el INPEC relacionados con trastornos de ansiedad en personas reclusas en establecimientos penitenciarios y carcelarios

			Trastornos de Ansiedad				IC 95%	χ^2
			Sí	No	Total	OR		
Participación en actividades del centro penitenciario y carcelario	Participación en actividades deportivas	Nunca	69	82	151	1,57	1,02-2,40	4,30*†
		Algunas veces	65	104	169	1,17	0,77-1,77	0,51
		Siempre	74	138	212	1		
	Participación en actividades académicas	Nunca	77	100	177	1,36	0,91-2,04	2,27
		Algunas veces	49	79	128	1,10	0,70-1,72	0,16
		Siempre	82	145	227	1		
	Participación en actividades de artes y oficios	Nunca	88	124	212	1,17	0,79-1,74	0,60
		Algunas veces	46	78	124	0,97	0,61-1,55	0,01
		Siempre	74	122	196	1		
	Participación en actividades lúdico/recreativas	Nunca	58	72	130	1,73	1,09-2,73	5,52*†
		Algunas veces	87	117	204	1,59	1,06-2,4	5,04*†
		Siempre	63	135	198	1		
	Participación en actividades religiosas	Nunca	60	100	160	1,01	0,66-1,55	0,00
		Algunas veces	68	89	157	1,29	0,85-1,96	1,41
		Siempre	80	135	215	1		
	Participación en talleres de crecimiento personal	Nunca	112	166	278	1,27	0,82-1,97	1,17
		Algunas veces	52	75	127	1,31	0,79-2,17	1,07
		Siempre	44	83	127	1		
Servicios prestados por el INPEC	Atención médica en el momento adecuado	Nunca	61	92	153	1,49	0,88-2,53	2,22
		Algunas veces	110	143	253	1,73	1,07-2,81	4,97*†
		Siempre	32	72	104	1		
	Alimentación adecuada	Nunca	91	141	232	0,94	0,6-1,47	0,07
		Algunas veces	65	110	175	0,86	0,54-1,38	0,38
		Siempre	50	73	123	1		
	Asesoría jurídica por parte del INPEC	Nunca	113	145	258	2,24	1,31-3,82	8,95⁂†
		Algunas veces	67	104	171	1,85	1,05-3,25	4,60*†
		Siempre	23	66	89	1		
	Lugar adecuado para dormir	Nunca	52	70	122	1,24	0,81-1,89	0,96
		Algunas veces	32	50	82	1,06	0,65-1,75	0,06
		Siempre	119	198	317	1		
	Evaluación por parte del área de atención y tratamiento	Nunca	100	129	229	1,65	1,04-2,62	4,56*†
		Algunas veces	63	107	170	1,23	0,75-2,02	0,70
		Siempre	39	83	122	1		
	Espacio adecuado para la higiene personal	Nunca	62	107	169	0,74	0,49-1,11	2,18
		Algunas veces	39	83	122	0,60	0,38-0,95	4,86*†
		Siempre	103	131	234	1,00		
	Espacio para el desarrollo de actividades físicas	Nunca	61	78	139	1,40	0,9-2,18	2,28
		Algunas veces	71	112	183	1,14	0,75-1,72	0,37
		Siempre	73	131	204	1		
	El tratamiento brindado por el establecimiento, permite la resocialización	Nunca	127	151	278	2,09	1,34-3,28	10,59⁂†
		Algunas veces	39	75	114	1,29	0,75-2,23	0,86
		Siempre	37	92	129	1		

OR = 1 es la categoría de referencia. Niveles de significación: *$p \leq 0{,}05$. ⁑$p \leq 0{,}01$. ⁂$p \leq 0{,}001$. †$p \leq 0{,}25$ (variables candidatas a ingresar al modelo de regresión logística según criterio de Hosmer y Lemeshow).

IC: Intervalo de confianza; INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario; OR: *odds ratio*; χ^2: ji-cuadrado

De los servicios prestados por el INPEC, en los que refirieron mayor frecuencia en cuanto a nunca haberlos recibido fueron en la asesoría jurídica por parte del INPEC (49,8 %), alimentación adecuada (43,0 %) y evaluación por parte del área de atención y tratamiento (43,0 %); este último se refiriere a la atención del cumplimiento de

los derechos fundamentales de la población reclusa, con miras a lograr el fin resocializador de la pena.

Con respecto a los trastornos de ansiedad en los reclusos, la prevalencia en aquellos que algunas veces recibieron atención médica en el momento adecuado fue de 1,7 veces a lo reportado por quienes siempre la recibieron; en quienes nunca tuvieron asesoría jurídica por parte del INPEC fue de 2,2 veces respecto a los que siempre la tuvieron, y en quienes nunca recibieron evaluación por parte del área de atención y tratamiento fue de 1,65 en comparación con aquellos que siempre la recibieron. Cabe resaltar que el 52,3 % consideró que el tratamiento brindado por el establecimiento no permite la resocialización.

Con respecto a las características de apoyo social percibido (véase tabla 4), la prevalencia de trastornos de ansiedad en reclusos que tienen un apoyo emocional bajo es 2,08 veces a la reportada por quienes tienen un apoyo emocional alto; en quienes tienen ayuda material e instrumental baja es 1,94 veces a quienes la tienen alto, y en quienes tienen relaciones sociales en un nivel bajo es 2,22 veces a quienes la tienen alta.

Tabla 4. Características sobre apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento relacionados con trastornos de ansiedad en personas reclusas en establecimientos penitenciarios y carcelarios

			Trastornos de Ansiedad				IC 95%	χ^2
			Sí	No	Total	OR		
Apoyo social percibido	Apoyo emocional	Bajo	61	64	125	2,08	1,32-3,28	10,05⁂†
		Medio	81	116	197	1,52	1,01-2,29	4,14*†
		Alto	66	144	210	1		
	Ayuda material e instrumental	Bajo	68	80	148	1,94	1,21-3,1	7,62⁑†
		Medio	93	137	230	1,55	1-2,38	3,91*†
		Alto	47	107	154	1		
	Relaciones sociales	Bajo	57	55	112	2,22	1,38-3,57	10,97⁂†
		Medio	88	134	222	1,41	0,94-2,1	2,78
		Alto	63	135	198	1		
	Apoyo afectivo	Bajo	43	62	105	1,34	0,83-2,16	1,48
		Medio	87	111	198	1,52	1,03-2,24	4,37*†
		Alto	78	151	229	1		
Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas	No	94	100	194	1,85	1,29-2,65	11,22⁂†
		Sí	114	224	338			
	Búsqueda de apoyo social	No	132	174	306	1,50	1,05-2,14	4,94*†
		Sí	76	150	226			
	Religión	No	59	88	147	0,61	0,41-0,92	5,73*†
		Sí	149	236	385			
	Búsqueda de apoyo profesional	No	113	165	278	1,15	0,81-1,63	0,59
		Sí	95	159	254			
	Reevaluación positiva	No	124	123	247	2,41	1,69-3,45	23,88⁂†
		Sí	84	201	285			
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	No	177	311	488	0,24	0,12-0,47	19,81⁂†
		Sí	31	13	44			
	Autonomía	No	171	269	440	0,94	0,6-1,49	0,06
		Sí	37	55	92			
	Espera	No	191	259	450	2,82	1,6-4,96	13,73⁂†
		Sí	17	65	82			
	Evitación emocional	No	196	263	459	3,79	1,99-7,23	18,24⁂†
		Sí	12	61	73			
	Reacción agresiva	No	153	113	266	5,19	3,54-7,62	75,82⁂†
		Sí	55	211	266			
	Evitación cognitiva	No	177	291	468	0,65	0,38-1,09	2,67
		Sí	31	33	64			
	Negación	No	184	290	474	0,90	0,52-1,56	0,14
		Sí	24	34	58			

OR = 1 es la categoría de referencia. Niveles de significación: *$p \leq ,05$. ⁑$p \leq ,01$. ⁂$p \leq ,001$. †$p \leq 0,25$ (variables candidatas a ingresar al modelo de regresión logística según criterio de Hosmer y Lemeshow).

IC: Intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; χ^2: ji-cuadrado

Al observar el apoyo afectivo, se encontró que el trastorno de ansiedad en reclusos con un nivel bajo es 1,34 veces respecto a los reclusos que tienen un alto apoyo afectivo.

De las estrategias de afrontamiento observadas, llama la atención que, para el afrontamiento de problemas, con mayor frecuencia las personas reclusas manifiestan no tener expresión de la dificultad de afrontamiento en un 91,7 % (488), no tener autonomía en un 82,7 % (440), no buscar apoyo social en un 57,5 % (306), no buscar apoyo profesional en un 52,3 % (278) y tener reacción agresiva en un 50,0 % (266).

De estas estrategias, las que presentan asociación con los trastornos de ansiedad en los reclusos son: reacción agresiva, evitación emocional y espera, entendida esta última como una estrategia cognitivo-comportamental donde se cree que los problemas se solucionan por sí solos con el pasar del tiempo.

El modelo estimado por medio de la regresión logística sugiere que, de las variables analizadas, las que mejor explican los trastornos de ansiedad en las personas reclusas, con un nivel de significancia de $p \leq 0,05$, fueron (véase tabla 5): tener una alta y mediana percepción de maltrato por parte de los internos (OR = 7,09; IC 95 %:2,87-17,52 y OR = 5,96; IC 95 %: 2,54-13,99 respectivamente), tener algunas veces o nunca asesoría jurídica por parte del INPEC (OR = 2,03; IC 95 %: 1,05-3,91 y OR = 2,88; IC 95 %: 1,55-5,36 respectivamente), no tener expresión de la dificultad de afrontamiento (OR = 2,96; IC 95 %: 1,37-6,39), no tener reevaluación positiva (OR = 1,81; IC 95%: 1,19-2,77) y tener reacción agresiva (OR = 3,96: IC 95%: 2,56-6,13). La significancia estadística de cada OR es corroborada por los intervalos de confianza del 95 **%**, los cuales no pasan por el 1.

Según la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow, este modelo es adecuado, debido a que las probabilidades observadas son iguales a las probabilidades esperadas (p = 0,799). Además, de acuerdo con el estadístico de Nagelkerke, el trastorno de ansiedad es explicado en las personas reclusas, en un 31,0 **%**; el 69,0 **%** restante, es explicado por otras variables.

Tabla 5. Modelo para los principales factores asociados a los trastornos de ansiedad en personas reclusas en establecimientos penitenciarios y carcelarios

	Variables en la ecuación		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
									Inferior	Superior
Sucesos en prisión	Maltrato percibido por parte de internos				18,81	2	0,000			
		Alta	1,96	0,46	17,99	1	0,000	7,09	2,87	17,52
		Mediana	1,78	0,44	16,78	1	0,000	5,96	2,54	13,99
Servicios prestados por el INPEC	Asesoría jurídica por parte del INPEC				11,33	2	0,003			
		Algunas veces	0,71	0,34	4,48	1	0,034	2,03	1,05	3,91
		Nunca	1,06	0,32	11,15	1	0,001	2,88	1,55	5,36
Estrategias de afrontamiento	Expresión de la dificultad de afrontamiento (No)		1,09	0,39	7,67	1	0,006	2,96	1,37	6,39
	Reevaluación positiva (No)		0,594	0,22	7,52	1	0,006	1,81	1,19	2,77
	Reacción agresiva (Si)		1,377	0,22	38,30	1	0,000	3,96	2,56	6,13
	Constante		–3,991	0,53	57,36	1	0,000	0,02		

La prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow: $\chi^2 = 3,833$ ($p = 0,799$); R cuadrado de Nagelkerke = 0,310

B: Parámetro estimado; E.T.: Error estándar; Exp(B): *odds ratio*, OR; gl: Grados de libertad; IC 95 %: Intervalo de confianza del 95 % para el OR; INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario; Sig.: Valor *p*; Wald: Índice de Wald.

Discusión

La salud mental es una prioridad ya identificada a nivel mundial, la cual está determinada por muchos factores que interactúan en la vida de las personas: en forma social, como por las redes personales; psicológica, por las relaciones afectivas, y biológica, por factores genéticos o equilibrios bioquímicos cerebrales [1,29]. De acuerdo con las condiciones en las que se viva, dichos factores pueden ser alterados o afectados.

Se documenta que el ingreso de una persona en prisión genera una condición de ansiedad que puede aumentar por las incertidumbres relacionadas con la vida en dicha instancia [5], situación que podría estar relacionada con los niveles de ansiedad encontrados en este estudio, los cuales fueron del 39,1 % en el último mes. Al comparar los hallazgos con otros estudios en población reclusa, según lo reportado por el Grupo PRECA (Prevalencia Cárceles) en población española, la prevalencia de ansiedad fue del 20,2 % en el último mes y del 45,3 % en la vida [4]. Para Colombia, se ha observado una prevalencia del 22 % en trastornos de ansiedad, según resultados de la investigación realizada en la Penitenciaría Nacional de Palmira [15]. Ante los resultados de la presente investigación, no se demuestra que las condiciones en Colombia hayan mejorado o no, pero sí que los niveles de ansiedad varían como respuesta a situaciones que exigen "nuevos esfuerzos de ajuste y de adaptación, como traslados, amenazas de motines o peleas" en la población reclusa, como lo explica, por ejemplo, Ruiz [30, p. 549].

Según el último estudio de salud mental en Colombia [31], los trastornos de mayor prevalencia, respecto a otros trastornos mentales, son los de ansiedad, donde el 19,3 % de la población general reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Al respecto, esta investigación evidencia que mientras 1 de cada 5 personas en toda la población manifiesta un trastorno de ansiedad, en la población de reclusos se presentan 2 por cada 5 personas. Por los altos índices de trastornos psiquiátricos que han sido demostrados de manera sistemática en los estudios en población reclusa, autores como Fazel *et al.* [11] señalan que es posible que algunos países tengan más personas con enfermedades mentales graves en las cárceles que en los hospitales psiquiátricos.

A lo anterior se suma que, según las características sociodemográficas de los reclusos observadas en este estudio, quienes tenían un estado civil de separado o divorciado presentaron mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, situación que también se evidencia en lo reportado en el estudio de ansiedad según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, realizado en población general [31]. Esta condición podría estar relacionada con la ausencia de apoyo familiar y afectivo, dado que el vínculo de una pareja es más permanente e influye en una mejor calidad de vida de los reclusos [9]. Autores como Rambal-Simanca *et al.* [32] concuerdan con que las personas que presentan un vínculo afectivo con una pareja, tienen mejores niveles de felicidad que quienes están sin este vínculo.

Con respecto a los factores asociados como factores de riesgo, frente a los sucesos acontecidos en prisión y las situaciones percibidas como estresantes, es necesario reiterar que las personas reclusas se exponen a diversos tipos de eventos traumáticos, como ser víctima o testigo de agresiones, y las diversas condiciones de inhabitabilidad, entre otras, que pueden tener efecto en sus emociones. Así, de acuerdo con lo encontrado por la Universidad Nacional de Colombia en cinco establecimientos penitenciarios de Bogotá, el 62 % de la muestra había sido golpeado o había visto golpear a otros [30]. En los hallazgos de este estudio, el riesgo de presentar trastornos de ansiedad en internos con percepción alta de maltrato por parte de otros internos es 7 veces el riesgo respecto a quienes tienen una baja percepción. Estos datos podrían estar evidenciando las condiciones de tensión con las que viven los reclusos, si se considera que la violencia es una parte integral de la vida en prisión y que las condiciones de hacinamiento en estos centros [17,18] facilitaría este tipo de comportamientos que, en extremo, podrían culminar en homicidios.

Otros estudios al respecto corroboran las condiciones de riesgo y la vulnerabilidad de reclusos con trastornos mentales, al evidenciar que las tasas de victimización física, como haber sido agredido físicamente por otro recluso en los últimos seis meses, en hombres y mujeres con cualquier trastorno mental, fueron 1,6 veces y 1,7 veces respectivamente más altas que en las personas sin trastorno mental [33]. Cabe resaltar que autores como Fazel *et al.* [11] refieren la poca existencia de evidencia sobre la prevalencia de violencia en las cárceles, pero según evidencia aportada por otras investigaciones, se estiman tasas de asalto físico de 13 a 27 veces más altas que en población general [34,35].

En los servicios prestados por el INPEC, este estudio muestra que nunca tener asesoría jurídica por parte del INPEC o tenerla algunas veces es un factor de riesgo en los reclusos para presentar trastornos de ansiedad. Como lo indican en sus revisiones Quintero-Cárdenas *et al.* [9] y Ruiz *et al.* [36], el encarcelamiento afecta las dimensiones psicológicas de la persona y esta afectación es atribuida, entre otros factores, a la lentitud de los procedimientos, las dificultades procesuales, los formalismos jurídicos, la falta de diligencia del defensor o la gravedad de las decisiones judiciales; estos factores, además, han sido identificados como posibles causas de intento de suicidio [36].

En relación con las estrategias de afrontamiento, la *reacción agresiva*, como lo explica Londoño *et al.* [23], vista como la materialización de la ira de manera impulsiva hacia sí mismo, los demás o hacia objetos, como consecuencia de la frustración y la desesperación, se presentó en esta investigación como factor de riesgo de los trastornos de ansiedad, lo cual podría estar relacionado con las afectaciones cognitivas que genera la vida prolongada en prisión, como lo menciona Ruiz [30], dado que se tiende a un empobrecimiento psicológico y a una desocialización de las personas.

Si bien los reclusos se ajustan a una cultura carcelaria, donde se norman situaciones como no meterse en problemas, no ser delator, aguantar sin quejarse las condiciones de reclusión, entre otras, en la misma medida es importante reaccionar valientemente ante ofensas y amenazas, condición que tiende a normalizar en este contexto la reacción agresiva y, por ende, incrementa el riesgo de trastorno de ansiedad.

Además de la anterior estrategia, también se observaron en este estudio, como factores de riesgo de los trastornos de ansiedad, no reevaluar positivamente la situación y tener dificultad en la expresión de afrontamiento (OR = 1,81; IC 95%: 1,19-2,77 y OR = 2,96; IC 95 %: 1,37-6,39, respectivamente). Situaciones como estas pueden ser entendidas desde Valverde [37], quien explica que el régimen carcelario manipula las actividades de los individuos en un contexto cerrado y controlado, gestando una pérdida de control individual y llevando a la persona al fatalismo frente a lo irreparable de la situación, lo cual podría estar dificultando una búsqueda de aspectos positivos del problema y la generación de pensamientos favorables para enfrentar la situación, a lo que Londoño *et al.* [23] llaman no reevaluar positivamente la situación.

La dificultad en la expresión de afrontamiento, como lo explica Ruiz [30], se potencia por la no disponibilidad de recursos humanos y materiales en la prisión, al restringirse las oportunidades de expresar las emociones mediante la interlocución con otros, a través de procesos sociales de confianza. Bajo estas condiciones, los reclusos difícilmente buscarán los recursos profesionales o familiares necesarios para enfrentar la situación, los cuales pueden ser necesarios para un mejor crecimiento a nivel personal.

Autores como Rambal-Simanca *et al.* [32] explican que a medida que aumenta el crecimiento personal, disminuye la expresión de la dificultad de afrontamiento, facilitando las posibilidades de reconocer y manifestar, en mayor medida, las emociones, debilidades y preocupaciones propias de la situación de reclusión. Por ello, quienes presentan menores habilidades y recursos psicológicos orientados a la resolución y el afrontamiento de situaciones estresantes se relacionan con cuadros psicopatológicos periódicos [38].

Por lo antes expuesto, los trastornos de ansiedad en población reclusa demandan mayor atención como problemática a afrontar desde los sistemas penitenciarios, pues la identificación oportuna favorecería la disminución de otras condiciones desencadenantes relacionadas con afectaciones a la salud mental. Desde el ámbito preventivo, es importante fortalecer entornos protectores que favorezcan la salud mental, teniendo en cuenta la condición de vulnerabilidad en la que viven los reclusos; por tanto, se recomienda profundizar, con futuros estudios longitudinales, en observar la estabilidad de las respuestas ante los sucesos en prisión, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido, reconociendo esta necesidad como limitante del presente estudio.

Agradecimientos

A los internos de los centros penitenciarios y carcelarios; a la Alcaldía de Medellín, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), y a los profesionales de la Secretaría de Gobierno y Derechos Humanos de la Alcaldía de Medellín.

Fuentes de financiación

Este proyecto fue financiado con recursos de los investigadores y con el apoyo financiero de la estrategia de sostenibilidad del Comité para el Desarrollo de la Investigación de la Universidad de Antioquia.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ninguno conflicto de intereses.

Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados en este artículo son responsabilidad de los autores y no de la institución donde trabajan o de la fuente de financiación.

Declaración de autoría

Las autoras declaramos cumplir con los criterios del International Committe of Medical Journal Editors (ICMJE) para ser autoras del presente escrito. Bibiana Ramírez brindó la idea de investigación, participó en la recolección, el procesamiento, el análisis de datos y la redacción del texto. Sandra Rueda planificó el diseño metodológico, el análisis de los datos, y la elaboración y la redacción crítica del documento. Así mismo, cada autora está en la capacidad y la disposición de responder por el contenido del ensayo y su proceso de elaboración.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra: OMS [internet]; 2004 [citado 2019 may. 13]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos [internet]. 2015 [citado 2019 may. 14]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/detail/14-07-2015-global-health-workforce-finances-remain-low-for-mental-health
3. Posada J. El sistema penitenciario. Estudio sobre normas y derechos relacionados con la privación de la libertad. Bogotá: Comlibros; 2008.
4. Grupo PRECA. Informe Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles. Barcelona: Grupo PRECA [internet]; 2011 [citado 2019 may. 17]. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf
5. Bermúdez Fernández JI. Efectos psicológicos del encarcelamiento. En: Sierra Freire JC, Jiménez González EV y Buela Casal G, coordinadores. Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones. s. l.: Biblioteca Nueva [internet]; 2006 [citado 2020 abr. 14]. pp. 348-71. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912154
6. Colombia, Defensoría del Pueblo, Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria. Informe atención en salud mental a población privada de la libertad 2015 [internet]; 2015 [citado 2019 may. 16]. Disponible en: http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/01/Atencion-en-salud-mental-2015.pdf
7. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. Rev Esp Sanid Penit. 2011;13(3):100-11.
8. Fraser A, Gatherer A, Hayton P. Mental health in prisons: Great difficulties but are there opportunities? Public Health. 2009;123(6):410-4. DOI: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.04.005.
9. Quintero-Cárdenas CJ, Jiménez-Molina JR, Riaño-Martínez MI, et al. Sintomatología psicológica en población reclusa del establecimiento carcelario de Bogotá. Cuad Hispanoam Psicol. 2015;15(1):53-66.
10. Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. España: OEA, CIDH [internet]; 2011. Disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011esp.pdf
11. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, et al. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes and interventions. Lancet Psychiatry. 2016;3(9):871-81. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0
12. Uribe-Rodríguez AF, Martínez-Rodríguez JM, López-Romero KA. Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al "Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario" en Bucaramanga, Colombia. Criminalidad. 2012;54(2):47-60.
13. Butcher J, Mineka S, Hooley J. Pánico, ansiedad y sus trastornos. En: Psicología clínica. Madrid: Pearson Educación S. A.; 2007. pp. 171-212.
14. López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2003.
15. Benavides M, Beitia P. Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria. Cienc Salud. 2012;1(1):51-7.
16. López-Barrachina R, Lafuente O, García-Latas JL. Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. Rev Esp Sanid Penit. 2007;9(2):53-63.
17. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de los derechos humanos en la ciudad de Medellín 2012. Colombia-Medellín; 2013.
18. Posada JD, Acevedo L. Privación de libertad en los establecimientos de Medellín. El Ágora USB. 2012;12(1):103-25. DOI: https://doi.org/10.21500/16578031.227
19. Naciones Unidas. Informe anual de la alta comisionada de las Naciones Unidas para los derechos humanos en Colombia. 22 período de sesiones. Colombia: Asamblea General, Consejo de Derechos Humanos [internet]; 2013 [citado 2019 may. 29]. Disponible en: http://www.hchr.org.co/index.php/informes-y-documentos/informes-anuales/3536-informe-de-la-alta-comisionada-de-las-naciones-unidas-para-los-derechos-humanos-sobre-la-situacion-de-derechos-humanos-en-colombia-durante-el-ano-2012
20. Sheehan D, Janavs J, Beker R, et al. MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV [internet]; 2000. Disponible en: http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf
21. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. Eur Psychiatry [internet]. 1997 [citado 2019 mayo 20]; 12(5):224-31. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933897832968
22. Galli Silva E, Feijóo Llontop L, Roig Rojas I, et al. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico. Rev Medica Hered. 2002;13(1):19-25.
23. Londoño NH, Henao López GC, Puerta IC, et al. Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. Univ Psychol. 2006;5(2):327-49.
24. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med. 1991;32(6):705-14. DOI: https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B
25. Londoño NH, Rogers HL, Castilla JF, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. Int J Psychol Res. 2012;5(1):142-50.
26. Hérnández Ávila M. Epidemiología: diseño y análisis de estudios.Mexico: Ed. Médica Panamericana; 2007.
27. Silva LC. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994.
28. Colombia. Ministerio de Justicia. Resolución 003190, por la cual se determinan y reglamentan los programas de trabajo, estudio y enseñanza válidos para evaluación y certificación de tiempo para la redención de penas en el Sistema Penitenciario y Carcelario administrado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario — INPEC, modidifica la Resolución 2392 de 2006 y eroga las resoluciones 13824 de 2007 y 649 de 2009 (2013 oct. 23).
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud pública al servicio de la salud mental. En: Informe sobre la salud en el mundo

2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [internet]. Francia: OMS; 2001. pp. 1-16. Disponible en: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

30. Ruiz JI. Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. Rev Latinoam Psicol. 2007;39(3):547-61.

31. Posada JA, Buitrago Bonilla JP, Medina Barreto Y, et al. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. NOVA Publ Cient. 2006;5(6):33-41.

32. Rambal-Simanca M, Madariaga-Orozco C, Ibáñez-Navarro LM. Estudio sobre las estrategias de afrontamiento y el bienestar subjetivo, psicológico y social en mujeres internas en un centro de reclusión femenino del Caribe colombiano (2012). Rev Crim. 2014;56(3):45-57.

33. Blitz CL, Wolff N, Shi J. Physical victimization in prison: The role of mental illness. Int J Law Psychiatry. 2008;31(5):385-93. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.005.

34. Schenk AM, Fremouw WJ. Individual characteristics related to prison violence: A critical review of the literature. Aggress Violent Behav. 2012;17(5):430-42. DOI: https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.05.005

35. Wolff N, Shi J. Victimisation and feelings of safety among male and female inmates with behavioural health problems. J Forensic Psychiatry Psychol. 2009;20(Sup. 1):S56-77. DOI: https://doi.org/10.1080/14789940802710330

36. Ruiz JI, Gómez I, Landazabal ML, et al. Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. Rev Colomb Psicol. 2002;(11):99-114.

37. Valverde Molina J. La cárcel y sus consecuencias: la intervención sobre la conducta desadaptada. Madrid: Editorial Popular [internet]; 1991 [citado 20 de mayo de 2019]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=176874

38. Bascón Díaz MJ, Vargas Girón V. Salud mental en reclusos: un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación. An Psicol. 2016;32(2):374-82. DOI: http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.217301

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
Más información: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/