



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Ciencias de la Salud**

**FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS  
PRIVADOS DE SU LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL  
GUARANDA**

**Farid Santiago Abedrabbo Lombeyda**

**Gabriela Bustamante, Magister en Salud Pública,  
Directora de Tesis**

Tesis de grado presentada como requisito  
para la obtención del título de Médico

Quito, marzo 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias de la Salud

## **HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

### **FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS PRIVADOS DE SU LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL GUARANDA**

Farid Santiago Abedrabbo Lombeyda

Gabriela Bustamante, Magister en Salud Pública  
Director de la tesis

---

Marisol Bahamonde, Pediatra – Hebiatra – Medicina Adolescente  
Miembro del Comité de Tesis

---

Paula Vernimmen, Psiquiatra  
Miembro del Comité de Tesis

---

Pablo Endara, Médico, Máster en Microbiología y Epidemiología, Ph.D en Epidemiología  
Director del programa

---

Gonzalo Mantilla, Pediatría, Medicina Neonatal/Perinatal  
Decano del Colegio

---

**Quito, marzo del año 2015**

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Farid Santiago Abedrabbo Lombeyda

C. I.: 0201617487

Lugar: Quito Fecha: marzo de 2015

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi padre, madre, hermanos, sobrina, abuela, tías, primos, amigos y a todos mis maestros que contribuyeron con mi formación como médico.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todos los que me apoyaron durante este largo camino, a mi padre que me guio desde el cielo, a mi madre que me guio en la tierra, a mi abuela y tías que fueron los ángeles que hicieron todo esto posible, a mis hermanos que lucharon conmigo cada batalla, a mi sobrina que me regalo la motivación final para recorrer el camino que faltaba y a mis maestros que me tuvieron paciencia viendo en ocasiones un potencial que ni yo mismo lograba ver, gracias.

## ÍNDICE

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| <b>Resumen.....</b>         | <b>8</b>  |
| <b>Abstract.....</b>        | <b>9</b>  |
| <b>Introducción.....</b>    | <b>10</b> |
| <b>Métodos.....</b>         | <b>15</b> |
| <b>Resultados.....</b>      | <b>17</b> |
| <b>Discusión.....</b>       | <b>21</b> |
| <b>Limitaciones.....</b>    | <b>27</b> |
| <b>Recomendaciones.....</b> | <b>28</b> |
| <b>Conclusiones.....</b>    | <b>29</b> |
| <b>Referencias.....</b>     | <b>30</b> |

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** A pesar de que Ecuador cuenta con una población carcelaria de 24.722 reclusos, lo cual representa una ocupación del 114%<sup>1</sup>, la prevalencia de depresión y ansiedad en esta población y sus respectivos factores de riesgo se ha estudiado poco localmente. **MÉTODOS:** Realizamos un análisis de datos retrospectivo para evaluar la relación de factores de riesgo (ser católico, estar casado, situación de paternidad, causa de ingreso, presencia de sentencia, tiempo de reclusión) para depresión y ansiedad en la población privada de su libertad. La depresión y ansiedad se evaluaron mediante el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Se analizaron datos recolectados de Enero a Julio del 2011 mediante una encuesta, determinando medidas de asociación a través del cálculo de ORs, con sus respectivos intervalos de confianza, y de la prueba estadística Chi2 para las variables involucradas. Solamente aquellos que firmaron consentimiento informado fueron incluidos. **RESULTADOS:** Se incluyeron 99 pacientes (96 hombres, 3 mujeres), de los cuales el 85.8% obtuvo una puntuación igual o mayor a 3 puntos en el Cuestionario de Salud General de Goldberg lo cual es un indicador validado de depresión y ansiedad, 84.8% reportaron ser católicos, 77.7% hombres y 3.03% mujeres reportaron ser padres de familia, 70.7% reportaron tener sentencia, 43.4% refirieron haber ingresado por homicidio y 40.4% llevar más de 6 meses en reclusión. El hecho de ser padre, estar casado, tener una sentencia > 10 años y tener como causa de ingreso homicidio no se relacionó con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. El tiempo de reclusión OR 4.4 (IC 95% 0.922 - 21.539; valor p=0.046) y ser católico OR 46.6 (IC 95% 4.8 - 444.73; valor p=0.0008) se relacionó directamente con un mayor riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. **CONCLUSIONES:** Existe una relación directa entre el tiempo de reclusión y ser católico con el aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en la población privada de su libertad.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Although Ecuador has a population of 24.722 prison inmates, representing an occupancy rate of 114% 1, the prevalence of depression and anxiety in this population and their risk factors has not been well studied locally. **METHODS:** We conducted a retrospective analysis of data to assess the relationship of risk factors (being Catholic, married, paternity situation, cause of admission, existence of sentencing, and confinement time) for depression and anxiety in the population deprived of their liberty. Depression and anxiety were assessed using the General Health Questionnaire Goldberg. Data collected from January to July 2011 through a survey, determining measures of association through the calculation of ORs and their respective confidence intervals and statistical Chi2 test for the variables involved were analyzed. Only those who signed informed consent were included. **RESULTS:** 99 patients (96 men, 3 women) were included, of which 85.8% scored at, or above 3 points on the Goldberg General Health Questionnaire which is a validated screening tool for depression and anxiety, 84.8% reported to be Catholics, 77.7% of men and 3.03% of women reported being parents, 70.7% reported having a sentence, 43.4% reported murder as the cause of incarceration, and 40.4% reported being imprisoned for more than six months. Being a father, being married, having a sentence > 10 years, and homicide as a cause for incarceration were not associated with an increased risk of developing depression and anxiety. The time of imprisonment OR 4.4 (95% CI 0.922-21.539; p value = 0.046), and being Catholic OR 46.6 (95% CI 4.8 - 444.73; p value = 0.0008) were related to an increased risk of developing depression and anxiety. **CONCLUSIONS:** There is a direct relationship between time in prison and being Catholic with increased risk of developing depression and anxiety in the population deprived of their liberty.

## **Introducción**

El DSM V define a un trastorno mental como un síndrome o patrón de comportamiento psicológico que se produce en un individuo y cuyas consecuencias son clínicamente significativas e incapacitantes, que refleja una disfunción psicobiológica subyacente, que tiene validez diagnóstica usando uno o más conjuntos de validadores diagnósticos y utilidad clínica.<sup>2</sup>

La depresión y ansiedad son dos de los trastornos mentales más comunes en la población general, y que más se asocian con un aumento en el riesgo de cometer suicidio<sup>10</sup>. Específicamente la prevalencia de depresión reportada varía del 8 al 12%<sup>3</sup>, y la ansiedad alcanza una prevalencia de 4.3 a 5.9%<sup>4</sup>, siendo ambos más comunes en mujeres<sup>3</sup>.

Los trastornos mentales son más comunes en reclusos que en la población general<sup>4-5</sup>. Aproximadamente 1 de cada 7 prisioneros tiene una enfermedad mental tratable<sup>5</sup>. La prevalencia de enfermedades mentales graves entre varones y mujeres adultos/as recluidos es de 14.5% y 31% respectivamente<sup>6</sup>, considerablemente mayor a la encontrada en la población general que es de 4.1% (mujeres: 4.9% y hombres 3.2%)<sup>7</sup>.

Se estima que la población privada de su libertad tiene una morbilidad psiquiátrica hasta tres veces mayor en comparación con la población en general<sup>8</sup>, relacionándose con una mayor tasa de suicidios en instituciones penitenciarias<sup>8</sup>.

La tasa de suicidios en centros de reclusión es 8 veces mayor que la observada en la población en general<sup>8</sup>. La presencia de enfermedad psiquiátrica es un fuerte predictor de suicidio. Más del 90% de pacientes que intentaron cometer suicidio tuvieron un trastorno psiquiátrico mayor, el 95% de pacientes que cometieron suicidio tuvieron un diagnóstico psiquiátrico, siendo la depresión y la ansiedad dos de los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados con el aumento en el riesgo autolítico<sup>9</sup>. Los trastornos de ansiedad duplican el riesgo de cometer un intento de suicidio. La combinación de depresión y ansiedad aumenta aún más el riesgo<sup>9</sup>, dejando claro que la relación entre depresión, ansiedad, suicidio y factores de riesgo predisponentes son un tema importante de estudio en este tipo de población.

Dentro de la población carcelaria, se ha identificado varios factores de riesgo para desarrollar enfermedades mentales. El ser católico, estar casado, ser padre/madre, tener una sentencia igual o mayor a 18 meses, haber cometido homicidio como causa de ingreso y haber cumplido con un tiempo de reclusión mayor a 6 meses representa un mayor riesgo a desarrollar depresión, ansiedad y cometer suicidio en reclusos<sup>8-10-11</sup>. Esta relación se ha demostrado en algunos estudios. Fazel y Cartwright en una revisión sistemática de 592 estudios (n=4780) sobre factores de riesgo para morbilidad psiquiátrica y suicidio, en población privada de su libertad, demostraron que el encontrarse casado y ser católico se asoció con un mayor riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico y cometer suicidio durante su reclusión<sup>10</sup>.

Adicionalmente, la paternidad/maternidad de los reclusos representa un importante factor de riesgo. En efecto, la pérdida de contacto de los reos con sus hijos se relacionó con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad<sup>8</sup>. Otro estudio observó que el estrés producido por el contacto limitado de madres privadas de su libertad con sus hijos se relacionó con altos niveles de ansiedad, depresión y somatización<sup>12</sup>. En una muestra de 188 reclusos que reportaron ser padres, el 56% mostró síntomas de depresión por encontrarse separados de sus hijos<sup>13</sup>.

Varios estudios han reportado que el tiempo de reclusión y la duración de la sentencia son factores de riesgo para depresión y ansiedad. Efectivamente, en una muestra de 4780 reclusos la presencia y el tiempo de sentencia fue directamente proporcional con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y cometer suicidio, con una posible evidencia de un efecto dosis-respuesta<sup>10</sup>. Los prisioneros sentenciados de por vida tuvieron mayor riesgo de suicidio que aquellos que recibieron sentencias más cortas. Otro estudio realizado con 1272 mujeres detenidas en Chicago, demostró que el 80% de la muestra cumplió con uno o más criterios diagnósticos para un trastorno psiquiátrico, y que el 70% se volvió sintomático a los 6 meses de reclusión<sup>13</sup>. De manera similar, Fazel y Danesh publicaron una revisión sistemática de 12 países, incluyendo 22790 prisioneros, reportando una prevalencia del 10% en hombres y del 12% en mujeres para depresión a los 6 meses de reclusión<sup>14</sup>.

Una revisión sistemática encontró también que la causa de encarcelamiento influye sobre el riesgo de depresión. Específicamente, los autores reportaron que el homicidio como causa

de ingreso aumenta el riesgo de desarrollar depresión<sup>10</sup>. En otro estudio con reclusos de una prisión estatal estadounidense, del 49% de la muestra total que tuvo un problema mental y reportó haber tenido como causa de ingreso un episodio violento, el 12% cometió homicidio.

La mayor parte de evidencia en relación a la salud mental de la población privada de su libertad viene de países desarrollados<sup>5</sup>, principalmente de Estados Unidos. Considerando que no solamente son distintas las condiciones socioeconómicas y políticas de países desarrollados a las condiciones de países en vías de desarrollo, sino también el sistema penitenciario en sí, se dificulta extrapolar las conclusiones de estudios extranjeros al ámbito ecuatoriano.

Mientras Estados Unidos tiene un nivel de ocupación penitenciaria del 99%, Japón del 74%, Holanda del 77%, y España del 85.7%, el Ecuador cuenta con un nivel de ocupación del 114,4%<sup>17</sup>. Esta evidente sobreocupación carcelaria representa de por sí uno de muchos factores de estrés distintos a aquellos existentes en cárceles de países industrializados. Ecuador cuenta con una población carcelaria de 25,902 reclusos, con una tasa de 162 presos/100000 habitantes, con 52 centros de rehabilitación que representan una capacidad oficial de albergamiento de 22,635 reclusos. Actualmente se está promoviendo la implementación de terapia conductual y ocupacional en los 52 centros de rehabilitación social a nivel nacional, a través del ministerio de justicia, sin embargo es un proceso que aún está lejos de ser completado<sup>20</sup>. En el Ecuador no existen unidades criminológicas dentro de las unidades penitenciarias (centros de privación de la libertad) ni asistencia médica psiquiátrica disponible para sus residentes<sup>20</sup>. Por lo tanto no existe un sistema que

pueda prevenir o tratar los trastornos del estado de ánimo y tampoco tratar ni evitar complicaciones que deriven de los mismos.

Existen varios estudios a nivel de Latinoamérica, principalmente en Colombia, Brasil y Chile en relación a la salud mental de la población privada de su libertad. Benavides en su estudio con 150 reclusos sentenciados en el Centro Penitenciario Nacional de Palmira, Colombia, encontró que el 68.7% de los reclusos padecía de algún tipo de trastorno mental<sup>35</sup>. En este estudio, se utilizó como instrumento de tamizaje el cuestionario de síntomas SRQ. Un estudio de corte transversal realizado en la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil con 497 reclusos encontró una tasa de depresión de 18.8%, y de 14,4% para trastornos de ansiedad, a través de entrevista psiquiátrica<sup>36</sup>. En una muestra de 1008 prisioneros, en 7 instituciones penales chilenas, se encontró una prevalencia de 8.3% para trastornos de ansiedad, y 6.1% para depresión mayor, mucho mayor al encontrado en la población general chilena 3.7%. Esto se realizó a través de una entrevista psiquiátrica diagnóstica utilizando criterios DSM IV<sup>37</sup>.

Los estudios citados difieren en su metodología en general, en particular en los métodos utilizados para realizar el tamizaje o diagnóstico psiquiátrico. Adicionalmente, existen diferencias demográficas en cada uno de los países estudiados y sus respectivas poblaciones carcelarias que podrían hacer que los datos publicados a nivel de Latinoamérica no sean extrapolables de una población a otra. Por esta razón se considera necesario contar con estudios que se realicen en Ecuador.

El objetivo de este estudio es analizar, en población local privada de su libertad, la relación que existe entre determinados factores y el aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. La generación de datos locales, en relación a comorbilidad psiquiátrica de la población carcelaria del país podría fortalecer el proceso de creación de programas de rehabilitación dirigidos específicamente para aquellos internos que han manifestado un problema mental. La enfermedad mental incrementa el riesgo de crimen como también la posibilidad de que el interno recluido al salir repita actos ofensivos en contra de la sociedad<sup>5</sup>, por lo que es necesario proveer una rehabilitación adecuada a los usuarios de nuestros centros penitenciarios, para garantizar una reinserción exitosa de los mismos a la sociedad.

## **Métodos**

### **Población y Muestra**

Se seleccionó a 99 participantes (96 hombres, 3 mujeres) entre la población privada de su libertad en el Centro de Rehabilitación Social Guaranda entre Enero y Junio de 2011. La mayoría de los reclusos provenían de población rural con bajo nivel de educación escolar, dedicados principalmente a labores de agricultura y pequeño comercio. Los criterios de inclusión fueron: ser interno/a de este centro, que hayan aceptado participar libre y voluntariamente en el estudio y firmado el formulario de consentimiento informado. Se utilizaron como criterios de exclusión un diagnóstico previo de depresión o trastorno de ansiedad generalizado detallado en la ficha médica de ingreso al centro de cada participante.

Se utilizó como herramienta de tamizaje para depresión y ansiedad el Cuestionario de Salud General de Goldberg 12 ítems, auto-llenado por cada participante. Esta encuesta se compone de 12 preguntas que analizan síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa. Ha sido validada en varios estudios y varios países a través de los criterios del DSM IV<sup>18</sup>. Para utilizarlo, se sumaron las respuestas a cada pregunta y se separó a los participantes en dos grupos en base al punto de corte: mayor o igual a 3 (posible caso de depresión o ansiedad), y menor a 3. Alcanza una sensibilidad de 74-95% y especificidad de 76-77% para trastornos del estado de ánimo, y valores de sensibilidad del 84% y especificidad del 77% para estados de ansiedad, utilizando un punto de corte igual o mayor a 3 puntos<sup>19</sup>. La información sobre los factores de riesgo considerados en este estudio (el hecho de ser padre o madre, tener sentencia, homicidio como causa de ingreso y mantener más de 6 meses de reclusión) y otras variables demográficas se recolectó mediante encuestas de auto-reporte.

### **Análisis Estadístico**

Para la descripción de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial, para lo cual se utilizó SPSS versión 18.0. Para evaluar el comportamiento de las variables estudiadas y significancia de los resultados se utilizaron valores P, OR y de Chi calculado, utilizando como valor crítico 3,84 para un nivel de error de 0.05 según la tabla de distribuciones de Chi cuadrado. Se utilizó un intervalo de confianza del 95%. Todas las pruebas estadísticas se consideraron significativas alcanzando un valor  $P < 0.05$ .

## Resultados

De los 99 participantes el 97.97% (n=97) fueron varones entre 18 y 65 años, y 3.03% (n=3) mujeres entre 21 y 35 años, con una edad promedio total de 35.9 años. Sobre el nivel de instrucción el 45.5% (n=45) reportaron tener educación primaria, 43.4% (n=43) haber recibido educación secundaria, 7.0% (n=7) educación superior y 4.4% (n=4) refirió no haber recibido nunca educación formal. En relación a la ocupación laboral, el 29.3% (n=29) de participantes se dedicaban a trabajos de agricultura antes de su ingreso al centro, 8.1% (n=8) a tareas de albañilería, 18.2% (n=18) a actividades de pequeño comercio y el resto de la muestra 44.4% (n=44) a diversas actividades de remuneración básica como labores de guardianía, jornalera y betunería principalmente.

El 29.2% (n=29) reportó ser soltero, 36.3% (n=36) ser casado, 5.05% (n=5) divorciado, 5.05% (n=5) viudos y 23.2% (n=23) encontrarse en unión libre con su pareja. El 84.8% (n=84) refirió ser católico, 80.8% (n=80) reportó ser padre o madre de familia, 29.3% (n=29) reportó no tener sentencia y el 70.7% (n=70) tener sentencia; de los cuales 13.13% (n=13) tenía una sentencia menor a 5 años, 8.08% (n=8) 5 a 10 años y 49.49% (n=49) más de 10 años. Sobre el tiempo de reclusión hasta el momento de realizado el estudio, el 40.4% (n=40) de internos reportaron llevar más de 6 meses en reclusión. En relación a la causa de ingreso, 43.4% (n=43) refirieron haber ingresado por homicidio, 37.3% (n=37) por violación, 13.1% (n=13) por tráfico de drogas, y 3.03% (n=3) refirieron haber ingresado por otra causa.

Del 100% de la muestra, el 85.8% (n=85) obtuvo una puntuación igual o mayor a 3 puntos, en el Cuestionario de Salud General de Goldberg y 14.1% (n=14) menos de 3 puntos, obteniendo un total de 85 posibles casos de depresión o ansiedad.

Un resumen de la relación de los factores de riesgo estudiados en base a la puntuación obtenida en el Cuestionario de Salud General de Goldberg se encuentra presentado en la tabla 1.

Tabla 1. Relación de Factores de Riesgo Sociodemográficos y los Resultados del Cuestionario de Salud General de Goldberg.

| Factor de Riesgo Acorde | Corte 3 o >3† | Corte < 3 | Total | X           | OR          | 95% IC              | Valor P       |
|-------------------------|---------------|-----------|-------|-------------|-------------|---------------------|---------------|
| Paternidad              |               |           |       |             |             |                     |               |
| Si                      | 68            | 12        | 80    | 0.253       | 0.617       | 0.136 - 3.2         | 0.614         |
| No                      | 17            | 2         | 19    |             |             |                     |               |
| Total                   | 85            | 14        | 99    |             |             |                     |               |
| Casados                 |               |           |       |             |             |                     |               |
| Si                      | 33            | 3         | 36    | 1.57        | 2.32        | 0.603 - 8.9         | 0.219         |
| No                      | 52            | 11        | 63    |             |             |                     |               |
| Total                   | 85            | 14        | 99    |             |             |                     |               |
| Sentencia >10 años °    |               |           |       |             |             |                     |               |
| Si                      | 41            | 8         | 49    | 0.146       | 1.2         | 0.320 - 4.5         | 0.782         |
| No                      | 17            | 4         | 21    |             |             |                     |               |
| Total                   | 58            | 12        | 70    |             |             |                     |               |
| Causa de Ingreso        |               |           |       |             |             |                     |               |
| Homicidio               | 36            | 7         | 41    | 0.286       | 0.735       | 0.237-2.2           | 0.597         |
| Otra                    | 49            | 7         | 56    |             |             |                     |               |
| Total                   | 85            | 14        | 99    |             |             |                     |               |
| Tiempo Reclusión•       |               |           |       |             |             |                     |               |
| 6 meses                 | 41            | 2         | 43    | <b>3.9</b>  | <b>4.4</b>  | <b>0.922-21.5</b>   | <b>0.046</b>  |
| < 6 meses               | 46            | 10        | 56    |             |             |                     |               |
| Total                   | 87            | 12        | 99    |             |             |                     |               |
| Religión                |               |           |       |             |             |                     |               |
| Católicos               | 84            | 9         | 93    | <b>25.1</b> | <b>46.6</b> | <b>4.8 - 444.73</b> | <b>0.0008</b> |
| Otra                    | 1             | 5         | 6     |             |             |                     |               |
| Total                   | 85            | 14        | 99    |             |             |                     |               |

† Número de participantes que obtuvieron una puntuación  $\geq 3$  (posibles casos) y  $<3$  en el Cuestionario de Salud General de Goldberg (revisar metodología).

- Tiempo de reclusión del participante hasta el momento de realizado el estudio.

- 29 participantes refirieron a su ingreso no tener sentencia.

El hecho de encontrarse en relación marital, ser padre o madre de familia, tener un tiempo de sentencia mayor a 10 años o haber reportado como causa de ingreso al centro penitenciario homicidio no se relacionó con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. Mientras tanto, la presencia de tener un tiempo de reclusión mayor a 6 meses se relacionó con un aumento significativo de al menos 4 veces en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad OR 4.4 (IC 95% 0.922 - 21.539; valor  $p=0.046$ ). La variable que se asoció más directamente con un aumento en el riesgo de desarrollar comorbilidad psiquiátrica en esta población en específico fue el hecho de ser católico. Los participantes que reportaron ser católicos tuvieron un riesgo 46 veces mayor de desarrollar depresión y ansiedad OR 46.6 (IC 95% 4.8 - 444.73; valor  $p=0.0008$ ) en comparación con aquellos que reportaron ser cristianos OR 0.09 (IC 95% 0.017 – 0.46; valor  $p=0.0041$ ) y evangélicos OR 0.98 (IC 95% 0.109 – 8.8; valor  $p=0.99$ ).

## **Discusión**

El presente estudio encontró que el 85,8% obtuvo una puntuación igual o mayor a 3 puntos en el Cuestionario de Salud General de Goldberg lo cual es un indicador validado de

depresión y ansiedad. De los factores demográficos y criminalísticos analizados, el tener un tiempo de reclusión mayor a 6 meses y ser católico se relacionó con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en la población reclusa. El tiempo de sentencia, estar casado, ser padre o madre y haber ingresado por homicidio no resultaron, en este estudio, con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad.

Como se mencionó previamente, la prevalencia de depresión en población general varía del 8 al 12%<sup>3</sup>, y la de ansiedad alcanza una prevalencia de 4.3 a 5.9%<sup>4</sup>, mientras que la prevalencia de estas enfermedades mentales entre varones y mujeres adultos/as reclusos es de 14.5% y 31% respectivamente<sup>6</sup>, considerablemente mayor a la encontrada en la población general<sup>7</sup>. Sin embargo, en nuestro estudio se observó que el 85% de la muestra, de acuerdo a la puntuación obtenida en el Cuestionario de Salud General de Goldberg, reportó ser un posible caso indicativo de depresión y ansiedad, por confirmar a través de una entrevista psiquiátrica. El diseño de corte transversal del estudio no permite obtener un valor de prevalencia para depresión y ansiedad, como haría un cohorte retrospectivo, por lo que no se puede realizar una comparación precisa con los niveles descritos mundialmente. El extenso número de posibles casos reportados por el cuestionario (85% total de la muestra) podrían hacer pensar que localmente contamos con una prevalencia de depresión y ansiedad en población reclusa mayor a la descrita por la literatura mundial. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que con el punto de corte utilizado, la tasa de errores de clasificación es del 25%, aumentando el error de clasificación de falsos positivos principalmente en sujetos con educación básica<sup>38</sup>, como lo es la mayoría de nuestros

respondedores, solo el 7% reportó haber recibido educación superior. Por lo tanto la única manera de realizar una comparación precisa es utilizar una entrevista psiquiátrica.

Tener un tiempo de reclusión mayor a 6 meses se relacionó con 4 veces más riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. Estos resultados son compatibles con lo observado por Fazel y Cartwright, que demostraron asociación entre riesgo y un tiempo de reclusión mayor a un año OR 12.7 (IC 95% 4.5 – 36.1)<sup>10</sup>. La exposición crónica (>6 meses) a estresores como: el encontrarse en un lugar no deseado, tener posibles relaciones conflictivas con otros reclusos, sufrir de abuso físico y sexual, podrían explicar la relación que existe entre un mayor tiempo de reclusión y el aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad<sup>10</sup>. Xiao Yan He demostró que a medida que aumenta el tiempo de exposición (considerando como exposición aguda <6 meses y crónica >6 meses) a estresores institucionales como los mencionados, aumenta el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en población reclusa<sup>11</sup>. El riesgo que representa el encontrarse recluso >6 meses, descrito en la literatura, es comparable con el riesgo encontrado en la población carcelaria en el Ecuador.

Un estudio realizado en el año 2005 por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, incluyó 5226 reclusos (Hombres n= 4445) (Mujeres n=464) de centros penitenciarios de Quito y Guayaquil. El 37% de las internas calificó como “malo” el trato recibido por los guías. El 29,19% de hombres percibió como deficiente el trato brindado, y solo el 7% lo calificó como bueno. Se reportaron casos de tortura tanto en hombres como mujeres; hubo 35% de casos de tortura en la muestra femenina, mientras que en varones el

maltrato se produjo en un 69,28%. Se observó que un 30% de mujeres adujo ser víctima de acoso y abuso sexual por parte de los guías<sup>20</sup>. En los centros incluidos en este estudio, la percepción de conflictos internos entre los reclusos/as fue alta, siendo la diversidad étnica una de las principales causas<sup>20</sup>. Los datos demuestran la presencia de varios factores de estrés en los centros de rehabilitación a nivel nacional. La exposición crónica (>6 meses) a los mismos podría explicar la relación que existe entre el tiempo de reclusión y el aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad, correlacionando así los resultados obtenidos en nuestro estudio con aquellos descritos en la literatura mundial.

Junto con el tiempo de reclusión, el ser católico se asoció también con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad dentro de la muestra analizada. El ser católico fue el factor de riesgo que en mayor medida se asoció con el desarrollo de depresión y ansiedad. Esta relación ha sido demostrada en varios estudios. Una revisión sistemática demostró que el ser católico es un factor de riesgo para morbilidad psiquiátrica en prisioneros OR 3.1 (IC 95% 0.0 – 5.6)<sup>10</sup>. En un estudio que evaluó los predictores demográficos y clínicos para depresión, en una muestra de 100 mujeres recluidas, se observó que los casos más severos de depresión se dieron en católicas RR 6.09 (P= 0.03)<sup>21</sup> que en mujeres de otras religiones. El efecto observado en nuestro estudio es considerablemente mayor al observado en otros análisis, esto puede deberse a que la población de católicos en Sudamérica es proporcionalmente mayor en comparación con la de otros países.

Para el año 2011 el 47.5% de la población total de católicos estaba en las Américas, 23.9% en Europa, 16.15 en África Sub Sahariana y 12% en Asia y el Pacífico<sup>23</sup>. América Latina cuenta con un 80.66% de población católica, Norte América con un 38.61% y América Central con un 75.36%<sup>23</sup>.

En el Ecuador las cifras no varían en relación a las observadas en el continente. Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el 91,95% de la población ecuatoriana afirma tener una religión, de los cuales el 80,44% reportó ser católico<sup>24</sup>, encontrando en población recluida un porcentaje de 79%<sup>20</sup>. Las cifras descritas pueden ayudar a explicar, en parte, por qué el riesgo obtenido en nuestro estudio es mucho mayor al descrito en diferentes publicaciones. Contar con un porcentaje de 98% de católicos dentro del grupo de posibles casos, en nuestra muestra, pudo haber generado un mayor efecto de esta variable sobre el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. Es de interés, para futuros estudios relacionados, evaluar el efecto que tiene en sí la doctrina y creencia religiosa católica sobre el riesgo de desarrollar patología psiquiátrica en población recluida, e intentar diferenciar ésta con el efecto de la contribución numérica de casos, para ver el verdadero comportamiento de esta variable sobre el riesgo.

Los resultados de nuestro estudio demostraron que el hecho de estar casado, ser padre, tener un tiempo de sentencia mayor a 10 años y tener como causa de ingreso penitenciario homicidio no se relacionó con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. Artículos previos han estudiado la relación de estos factores de riesgo con la morbilidad psiquiátrica obteniendo resultados discrepantes con los nuestros.

Lanier y colegas<sup>13</sup> reportaron en 188 prisioneros que aquellos quienes percibieron haberse separado de sus hijos, fueron más propensos a desarrollar depresión. En una muestra de 69 mujeres recluidas se observó que el encarcelamiento aumento la sensación de desapego de las madres con sus hijos aumentando el riesgo de desarrollar depresión<sup>26</sup>. Fazel y Cartwright demostraron en una muestra de 4780 reclusos que el ser casado OR 1.5 (IC 95% 1.3 – 1.7), tener una sentencia mayor a 18 meses OR 1.6 (IC 95% 1.1 – 2.2) y haber ingresado por homicidio OR 3.6 (IC 95% 1.6 – 8.3) aumenta el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad<sup>10</sup>. La discrepancia entre los resultados obtenidos por estos estudios y el nuestro podría deberse, en parte, a diferencias de metodología y demografía.

Nuestro estudio incluyo únicamente el uso del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12), como herramienta de tamizaje de depresión y ansiedad. Sin embargo, no se incluyó dentro del diseño, una segunda fase para realizar una entrevista psiquiátrica diagnóstica, a los casos (puntuación  $\geq 3$ ) y no casos (puntuación  $<3$ ), como se hizo en algunos de los estudios citados previamente. La entrevista psiquiátrica ayuda a determinar la tasa global de errores de clasificación, que es la proporción de sujetos cuyas evaluaciones de salud mental a través del GHQ12 y la entrevista difieren<sup>27</sup>. Podría ser que nuestro estudio tuvo una alta tasa global de errores de clasificación (falsos negativos y falsos positivos), lo que posiblemente explicaría, en parte, la falta de relación entre ciertas variables y un aumento en el riesgo. Sin embargo, esta posibilidad no es la mejor para explicar la diferencia entre los resultados. Para el punto de corte utilizado la tasa de falsos

positivos y negativos es aproximadamente de 14.6% y 7.8% respectivamente<sup>28</sup>, por lo que el incluir una entrevista no hubiera modificado drásticamente los resultados obtenidos.

Adicionalmente a las diferencias de metodología, las características sociodemográficas y culturales pudieron influir significativamente sobre los resultados obtenidos, que difieren de la literatura mundial. La cultura es un conjunto de actitudes, valores, creencias y comportamientos que son compartidos por un grupo de personas, y que varía de una región a otra<sup>29</sup>. Betancourt y López demostraron que diferencias culturales y étnicas pueden influir sobre los patrones de comunicación, expresión de sentimientos, comportamientos y roles familiares de los individuos<sup>30</sup>. En su conjunto, la cultura de la población pudo haber sido un factor influyente en nuestros resultados. Posiblemente los individuos que pertenecen a una zona andina como el Ecuador y viven en el sector rural expresan mayor apego y emotividad al separarse de sus familiares, esto podría traducirse en una dificultad para observar diferencias significativas entre muchos de los factores evaluados, como por ejemplo los niveles de ansiedad ante la separación de la familia generada por el encarcelamiento, el encontrarse casado y ser padre o madre. De igual manera, es posible que la cultura explique porque el haber ingresado por homicidio y tener un tiempo de sentencia mayor a 10 años no se relacionen con un aumento en el riesgo de desarrollar morbilidad psiquiátrica durante la reclusión.

La etnia de nuestra población fue principalmente indígena y mestiza. El 77,6 % de la población total de casos refirió haber nacido, residir en la provincia de Bolívar y pertenecer principalmente al sector rural. En su mayoría, y previo a su ingreso al centro, los reclusos

refirieron desempeñar tareas de agricultura y jornalera. En las comunidades rurales de la provincia y sectores indígenas del país procede aún el principio de justicia indígena, que se basa en su derecho propio, no sustentado en un órgano especializado, no originado en una ley escrita, surge del seno de la comunidad indígena, es de práctica primitiva, interpretada y ejecutada por la autoridad y líderes de estos pueblos<sup>33</sup>. La ley y justicia indígena, en la práctica se mal entiende y se aplica en forma de tortura; ortigando, azotando, golpeando, quemando y en ocasiones matando a la persona acusada. Para el año 2009 el número de muertes por aplicación de justicia indígena se incrementó considerablemente<sup>33</sup>. Posiblemente, en base a estos principios, el cometer homicidio representa una carga emocional menor para el perpetrador, quién posiblemente justifica y fundamenta su acto en sus principios ancestrales, disminuyendo así el efecto que podría tener el homicidio sobre el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad durante la reclusión.

### **Limitaciones**

La limitación más importante del estudio es el pequeño tamaño de la muestra. Adicionalmente, el tener un número tan bajo de mujeres en relación al de hombres fue una limitación del estudio para poder extrapolar resultado a ambos sexos. Varios estudios epidemiológicos han demostrado una mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres que en hombres, aproximadamente con una relación de 2 a 1<sup>31</sup>. Un estudio realizado con 4,204 internos (Hombres n=3,869; Mujeres n= 218) reportó un diagnóstico de trastorno mental en el 19.8% de hombres y 46.1% de mujeres<sup>32</sup>. La comorbilidad depresión – ansiedad es mayor en mujeres que en hombres<sup>34</sup>. Las respuestas emocionales al

encarcelamiento son más dramáticas en mujeres, por lo que el no haber podido estudiar esta relación con mayor profundidad en este estudio fue en definitiva una limitación.

El utilizar únicamente el Cuestionario de Salud General de Goldberg como herramienta de investigación limitó los alcances del estudio. El Cuestionario de Salud General al ser únicamente una herramienta de tamizaje, validada, para depresión y ansiedad, no permite establecer diagnósticos verdaderos, solo permite detectar posibles casos, que deben ser confirmados o descartados a través de una entrevista psiquiátrica. El contar con una entrevista psiquiátrica diagnóstica hubiera permitido establecer la prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad en la población estudiada, por lo que el haber utilizado únicamente una herramienta de tamizaje limitó los alcances de la investigación.

### **Recomendaciones**

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la relación de ciertas variables con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad a través del uso de una herramienta de tamizaje validada, reproducible, sensible y específica. Sería interesante sin embargo para futuros estudios implementar una entrevista psiquiátrica para establecer diagnóstico y relacionar estos con las variables estudiadas. Incluir una población más diversa étnicamente y un mayor número de mujeres que pueda ser representativo sin duda es una recomendación importante para futuros estudios.

## **Conclusión**

En conclusión el hecho de ser casado, padre/madre, tener sentencia y haber sido condenado por homicidio no se relaciona directamente con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en la población privada de su libertad. El tiempo de reclusión y ser católico demostraron ser determinantes importantes relacionados con el desarrollo de depresión y ansiedad en esta población.

## Referencias

- International Centre for Prison Studies. (2014). Obtenido el 9 de Octubre de 2014 de <http://www.prisonstudies.org>
- J Stein et al. What is a Mental/Psychiatric Disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med.* Nov 2010; 40(11): 1759–1765.
- Andrade L et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):3
- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):357.
- Fazel Seena, Baillargeon Jacques. The Health of Prisoners. *Lancet* 2011; 377: 956–65
- Steadman et al. Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatr Serv.* 2009 Jun;60(6):761-5. doi: 10.1176/appi.ps.60.6.761.
- The National Institute for Mental Health. (2012). Obtenido el 9 de Octubre de 2014 de <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/serious-mental-illness-smi-among-us-adults.shtml>
- Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales. 1978-2003. *Lancet* 2005; 366, 1-2.
- Litman, RE. Suicides: What do they have in mind? In: *Suicide: Understanding and Responding*. Jacobs, D, Brown, HN (Eds), International Universities Press, Madison 1989. p.143.
- Fazel Seena, Cartwright Julia. Suicide in Prisoners: A Systematic Review of Risk Factors. *J Clin Psychiatry.* 2008 Nov;69(11):1721-31. Epub 2008 Nov 4.

Xiao – Yan He et al. Factors in Prison Suicide: One Year Study in Texas. *J Forensic Sci.* 2001 Jul;46(4):896-901.

Houck KD, Loper AB. The relationship of parenting stress to adjustment among mothers in prison. *Am J Orthopsychiatry.* 2002 Oct;72(4):548-58

Lanier CS. AFFECTIVE STATES OF FATHERS IN PRISON. *Justice Quarterly* Volume:10 Issue:1 Dated:(March 1993) Pages:49-66

Doris J. James et al. Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates. September 2006, NCJ 213600

FAZEL, S. & DANESH, J. (2002a) Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545-550.

Linda A. Teplin, PhD; Karen M. Abram, PhD; Gary M. McClelland, PhD. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Incarcerated WomenI. Pretrial Jail Detainees. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(6):505-512.

International Centre for Prison Studies. (2014). Obtenido el 9 de Octubre de 2014 de <http://www.prisonstudies.org>

Young Ju Kim et al. The 12-Item General Health Questionnaire as an Effective Mental Health Screening Tool for General Korean Adult Population. *Psychiatry Investig* 2013;10:352-35

Goldberg et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO Study of mental illness in general Health care. *Psychological Medicine.* 1997, 27, 191-197.

Gallardo Claudio, Vega Jorge. Una Lectura Cuantitativa del Sistema de Cárceles en Ecuador. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Ecuador. Quito 2006.

Pinese et al. Demographic and clinical predictors of depressive symptoms among incarcerated women. *Annals of General Psychiatry* 2010.9;34

- Carmen SV Pinese, Antonia RF Furegato, Jair LF Santos. Demographic and clinical predictors of depressive symptoms among incarcerated women. Pinese et al. *Annals of General Psychiatry* 2010, 9:34
- Hackett Conrad et al. *Global Christianity A Report on the Size and Distribution of the World's Christian Population*. 2011 Pew Research Center
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)
- Shaw et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide National clinical survey. *The British Journal of Psychiatry* (2006)188: 143-147
- Borelli et al. Attachment Organization in a Sample of Incarcerated Mothers: Distribution of Classifications and Associations with Substance Abuse History, Depressive Symptoms, Perceptions of Parenting Competency, and Social Support. *Attach Hum Dev*. Jul 2010; 12(4): 355–374.
- Makoska et al. THE VALIDITY OF GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRES, GHQ-12 AND GHQ-28, IN MENTAL HEALTH STUDIES OF WORKING PEOPLE. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Vol. 15, No. 4, 353—362, 2002
- Min et al. 12-item General Health Questionnaire;Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorders;false positive;false negative;related factor;cross-sectional survey. *Chinese Mental Health Journal* 2010; 24(2) : 116-121 }
- Matsumoto, D. (1997). *Culture and modern life*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Betancourt, H., & Lopez, S. R. (1993). The study of culture, ethnicity, and race in American psychology. *American Psychologist*, 48, 629-637.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lépine JP, Newman SC, Rubio- Stipic M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK: Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996, 276:293-299.

Wolff et al. Thinking Styles and Emotional States of Male and Female Prison Inmates by Mental Disorder Status. *ps.psychiatryonline.org* - December 2011 Vol. 62 No. 12

Ochoa César. “La Justicia Indígena según la Constitución del Ecuador del año 2.008 y su repercusión en el juzgamiento de conductas indebidas en la comunidad de Gallorrumi, del cantón Cañar.

Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; :14.

Portilla Benavides Mercedes et al. Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria. *Ciencia & Salud*. 2012; 1(1):51-57.

Ponde et al. The Prevalence of Mental Disorders in Prisoners in the City of Salvador, Bahia, Brazil. *J Forensic Sci*, May 2011, Vol 56, No 3.

Alvarado Rubén et al. Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. July 22, 2013DOI: 10.1371/Journal.

R Araya et al. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992 Aug;27(4):168-73.