

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**Salud Mental: factores de riesgo en la Cárcel de Mujeres de
Quito**

María de Lourdes Eguiguren Jiménez

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Médico en el Colegio de Ciencias de la Salud

Quito, enero de 2012

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias de la Salud**

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Salud Mental: factores de riesgo en la Cárcel de Mujeres de
Quito**

María de Lourdes Eguiguren Jiménez

Michelle Grunauer, MD, MSc, PhD
Director de la Tesis

Aimee Miller, MSW
Miembro del Comité de Tesis

Marco Fornasini, MD, PhD
Miembro del Comité de Tesis

Gonzalo Mendieta, PhD
Decano del Colegio de Ciencias
de la Salud

Quito, enero de 2012

© Derechos de autor:

María de Lourdes Eguiguren Jiménez

2012

Resumen

Antecedentes: Las mujeres en prisión presentan tasas más altas de trastornos mentales que la población general y que los hombres en prisión. Sin embargo, el tema no ha sido estudiado a profundidad y, actualmente, en el país no existen estudios al respecto.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a dificultades en el área de salud mental en la cárcel de mujeres de Quito y determinar su prevalencia.

Métodos: Se analizaron los datos obtenidos de un estudio de corte transversal realizado a las internas del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito (cárcel de mujeres) en el año 2009. Para determinar la presencia de dificultades en el área de salud mental se usó el Cuestionario de Salud General Goldberg. Se consideró datos sociodemográficas, maternidad y reclusión como variables independientes para identificar factores de riesgo.

Resultados: La prevalencia de dificultades en el área de salud mental fue 77.1%. Se encontró un mayor riesgo en las mujeres nacidas en Pichincha ($p=0.03$), menores de 25 años ($p=0.018$), que no tienen sentencia ($p=0.032$) y con tiempo de reclusión menor a 3 meses ($p=0.005$). En la regresión logística, los factores de riesgo encontrados fueron edad menor a 25 años ($p=0.034$) y tiempo de reclusión menor a 3 meses ($p=0.043$).

Conclusión: La prevalencia de dificultades en el área de salud mental en las mujeres de la cárcel es el doble que en la población general y se asocia significativamente a las encarceladas recientemente y a las mujeres más jóvenes.

Abstract

Background: Rates of mental disorders in female prisoners are higher than those of both male prisoners and of general population. However, this area has not been studied in depth and, to-date there are no studies in Ecuador regarding this phenomenon.

Objective: To identify the risk factors related to mental health difficulties in the Quito's Female Social Rehabilitation Center (prison) and determine its prevalence.

Methods: This study analyzed data from a cross-sectional study based on surveys done to the inmates of the female prison in Quito conducted in 2009. The Goldberg General Health Questionnaire was used to identify the prisoners with mental health difficulties. Socio-demographic, maternity and confinement information were considered as independent variables in the identification of potential risk factors.

Results: The prevalence of mental health difficulties among the inmates was 77.1%. Female prisoners born in Pichincha, the province where the prison is located ($p = 0.03$), under 25 years ($p = 0.018$), without sentence ($p = 0.032$) and with a time of imprisonment less than 3 months ($p = 0.005$) were found to have higher rates of mental health difficulties. The independent risk factors obtained in the logistic regression were having less than 25 years of age ($p = 0.034$) and less than 3 months of imprisonment ($p = 0.043$).

Conclusion: The prevalence of mental health difficulties in prisons is doubled that of general Ecuadorian population and is significantly associated with those newly imprisoned and youth.

Tabla de contenido

Resumen	iv
Introducción	1
Metodología	4
Resultados	7
Discusión	12
Limitaciones	19
Recomendaciones	20
Referencias	21
Anexos	24

Lista de figuras

Tabla 1: Características de las participantes	7
Tabla 2: Grupos de edad y promedio del puntaje total CSG	7
Tabla 3: Punto de corte y promedio del puntaje total para el nivel de instrucción.	8
Tabla 4: Punto de corte y promedio del puntaje total para lugar de nacimiento y residencia.	9
Tabla 5: Tiempo de reclusión y punto de corte del CSG	10
Tabla 6: Tiempo de reclusión y promedio del puntaje total del CSG	10
Tabla 7: Asociación entre las variables y dificultades en el área de salud mental (análisis univariado)	11
Tabla 8: Factores de riesgo independientes (análisis multivariado)	11

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual un individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad¹. Dentro de una prisión es difícil que una persona cumpla con estas características, por lo que es más vulnerable a desarrollar dificultades en el área de salud mental. Como consecuencia, la privación de la libertad puede ser intrínsecamente dañina para la salud mental si no existen medidas de soporte para los prisioneros².

De acuerdo a la Lista Mundial de Población en Prisión, aproximadamente 10 millones de personas se encuentran encarceladas a nivel mundial³. De éstas, 500 000 corresponden a mujeres dentro de instituciones penales⁴. En promedio, las mujeres representan entre 2 a 9% del total de presos en la mayoría de sistemas penitenciarios⁴. Sin embargo, la tasa de encarcelamiento en mujeres es mucho mayor que la de los hombres, por ejemplo en México la tasa es de 235% para mujeres en comparación con 134% para hombres⁵. En general, esto se debe al cambio en las leyes de muchos países, que imponen penas más severas para crímenes no violentos o relacionados con drogas⁶.

Debido al aumento en la última década, las personas encarceladas representan un gran reto para la salud pública. Los estudios demuestran que dentro de las prisiones existe una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas, problemas de salud mental y abuso de drogas que en la población general². Además, las mujeres en prisión son un grupo especial ya que

presentan necesidades específicas por sus diferencias de género, que generalmente no son cumplidas de manera adecuada⁷. En el 2007 un reporte de la Organización Mundial de la Salud acerca de las diferencias de género en los sistemas de salud, los califica como “desiguales, injustos, inefectivos e ineficientes”⁸.

En la actualidad la mayoría de instituciones penales están diseñadas para hombres, ya que la población femenina es una minoría⁷. Sin embargo, las necesidades de hombres y mujeres no son las mismas. Generalmente las mujeres en prisión son madres solteras y están encargadas de cuidar a hijos menores de edad⁵. Además muchas de ellas están embarazadas o quedan embarazadas mientras se encuentran en prisión. Existe un número muy alto de mujeres que han sufrido abuso sexual y violencia antes o durante el encarcelamiento⁵. Igualmente, las mujeres presentan necesidades especiales con respecto a la salud sexual y reproductiva como menstruación, menopausia, embarazo y lactancia⁸. Por ende, el encarcelamiento puede tener un mayor impacto en la salud mental de las mujeres.

A pesar de que existen datos concluyentes sobre la relación entre dificultades en el área de salud mental y la privación de libertad, todavía falta más investigación acerca del tema. Hasta el momento, la mayoría de estudios han sido realizados en países desarrollados⁹. Actualmente el 99% de la información acerca de la salud mental en prisión proviene de países occidentales y tan solo un tercio de las personas en prisión pertenecen a estos países¹⁰. Además todavía existe debate acerca de la relación entre los trastornos mentales y el encarcelamiento como causa o consecuencia del

mismo, los factores de riesgo para su desarrollo y la efectividad de los tratamientos e intervenciones dentro de las prisiones.

Ecuador es uno de los doce países con mayor población femenina en prisión. Según reportes en el año 2006, el 11% del total de personas encarceladas fueron mujeres⁴. El 60% de las mujeres detenidas se encuentra en la región Sierra principalmente en los centros de detención de Quito¹¹. La Cárcel de Mujeres de Quito presenta una tasa de crecimiento anual de 7.51%¹². Pese a esto, hasta el momento no se han realizado estudios acerca de la salud mental de las prisioneras en el país. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo asociados a dificultades en el área de salud mental en las mujeres de la Cárcel de Quito y determinar su prevalencia.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó el análisis de datos de un estudio de corte transversal en base a encuestas efectuadas por estudiantes de medicina de la Universidad San Francisco de Quito en el año 2009 a las internas del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito (Cárcel de Mujeres de Quito). Los estudiantes tuvieron un entrenamiento previo para realizar de forma estándar los cuestionarios.

Instrumento

El cuestionario utilizado para el estudio está formado por dos partes. La primera es una encuesta de información general que incluye datos socio-demográficos, datos de maternidad y datos de reclusión (Anexo 1). La segunda es el Cuestionario de Salud General Goldberg (CSG) versión en español de 12 ítems, que es un instrumento desarrollado para identificar a las personas con problemas de salud mental comunes como ansiedad, depresión, disfunción social y síntomas somáticos¹³ (Anexo 2). Varios estudios realizados en Cuba, Chile y España han demostrado la validez del cuestionario de 12-ítems en español como herramienta para el tamizaje de problemas de salud mental en atención primaria y en estudios epidemiológicos^{13-15,19}. El coeficiente de confiabilidad obtenido en algunos estudios varía entre 0.75 y 0.95¹⁴. El cuestionario consta de 12 preguntas sobre síntomas autopercebidos en las últimas dos semanas. Cada pregunta tiene cuatro respuestas que califica a los síntomas, dependiendo de la pregunta, en un rango desde “no, en absoluto” hasta “mucho más que de costumbre” o desde “más que lo usual” hasta

“mucho menos que lo usual”. Para calcular el puntaje total de la encuesta se utilizó la escala bimodal original de Goldberg (0-0-1-1) en donde las primeras dos respuestas tienen un valor de 0 y las últimas dos un valor de 1, obteniendo como puntaje máximo un valor de 12. El punto de corte que identifica a las personas en riesgo es un puntaje igual o mayor a 5 y los que tienen igual o menor a 4 son considerados de bajo riesgo.

Universo

Todas las internas que a la fecha del estudio se encontraban en el Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito (cárcel de mujeres de Quito) fueron invitadas a completar los cuestionarios. El 100% de las internas participaron en el estudio (N=220).

Recolección de datos

Se elaboró una base de datos en base a las 220 encuestas realizadas a las internas de la cárcel en el año 2009. Los cuestionarios fueron efectuados en privado y de forma anónima. La participación en el estudio fue totalmente voluntaria.

Análisis de datos

Los datos recolectados fueron ingresados a una base de datos usando como herramienta el programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) versión 18. Se consideraron como variables independientes los datos sociodemográficos (edad, estado civil, religión, lugar de nacimiento y de residencia), maternidad (ser madre, edad de los hijos y número de hijos) y reclusión (causa de ingreso, tiempo de reclusión, presencia de sentencia y tiempo de sentencia). La variable dependiente fue la presencia o ausencia de dificultades en el área de salud mental que fue determinada de acuerdo al

punto de corte obtenido en el CSG (≤ 4 ausencia, ≥ 5 presencia). Después de la categorización de las variables se procedió a la correlación de las mismas. Para las variables categóricas se usó chi cuadrado y odds ratio (OR). Para la correlación entre variables continuas y categóricas se usó la prueba estadística de análisis de varianza ANOVA. También se calculó promedios, desviaciones estándar, intervalos de confianza y porcentajes para determinar la prevalencia de dificultades en el área de salud mental y para describir los resultados obtenidos de cada variable. Por último, se realizó un análisis multivariado de regresión logística para identificar los factores de riesgo independientes. Se consideró una significancia estadística con valores $p \leq 0.05$.

Aspectos éticos

A todas las participantes se les explicó los objetivos de la investigación y firmaron una hoja de consentimiento informado para su participación. Se obtuvo la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito para la realización del análisis de datos.

Resultados

La base de datos fue elaborada con un total de 220 encuestas recolectadas. La edad promedio (\pm desviación estándar) de las participantes fue 35.4 (\pm 10.5) años. Otras características importantes de esta población se presentan en la tabla 1. La prevalencia de dificultades en el área de salud mental en las internas es 77.1% (IC_{95%}:70.9-82.1) y la media del puntaje total en el CSG es 6.67 (\pm 2.9).

Datos sociodemográficos

Se encontró que existe una mayor prevalencia de dificultades en el área de salud mental en las mujeres menores a 25 años que las mayores a 25 años ($p=0.018$ OR:3.48). También se observó que existe una tendencia a disminuir el promedio del puntaje total del CSG conforme aumenta la edad, aunque no llega a una significancia estadística ($p=0.61$) (Tabla 2).

En cuanto al estado civil, se encontró que el 100% de mujeres viudas presentan algún trastorno de salud mental mientras que las mujeres con otro estado civil presentan

Variable	Nº	%
Estado civil		
Soltera	89	40.5
Casada	42	19.1
Unida	63	28.6
Divorciada	14	6.4
Viuda	12	5.4
Nivel de instrucción		
Ninguna	6	2.7
Primaria	83	37.7
Secundaria	109	49.5
Superior	22	10.0
Lugar de nacimiento		
Pichincha	86	39.3
Otras provincias	88	40.2
Extranjero	45	20.5
Lugar de residencia		
Pichincha	146	67.3
Otras provincias	43	19.8
Extranjero	28	12.9
Madre		
Si	205	93.2
No	15	6.8
Religión		
Católica	123	59.7
Cristiana	51	24.8
Otra	9	4.4
Ninguna	23	11.2
Tiene sentencia		
Si	69	31.4
No	151	68.6
Causa de ingreso		
Violento	61	28.0
No Violento	29	13.3
Relacionado con drogas	128	58.7

Grupos de Edad	Promedio	Nº	DS
Menor a 25 años	7.39	44	2.517
26 años a 35 años	6.71	72	3.042
36 años a 45 años	6.48	64	2.997
46 años a 60 años	6.67	36	3.364
Mayor que 60 años	6.00	2	1.414

Nº: número, DS: desviación estándar

prevalencias menores, soltera (79.5%), casada (71.4%), unión libre (74.2%), divorciada (71.4%). A pesar de esto, el valor p obtenido se encuentra en el límite y por lo tanto no se puede confirmar una relación estadísticamente significativa ($p=0.052$). Tampoco se encontró relación significativa con otro estado civil: soltera ($p=0.47$), casada ($p=0.33$), unida ($p=0.53$) y divorciada ($p=0.63$).

El nivel de instrucción categorizado como ninguna, primaria, secundaria o superior, no tiene una relación estadísticamente significativa con dificultades en el área de salud mental ($p=0.24$). Sin embargo, existe una tendencia a disminuir el porcentaje de sujetos en riesgo y a disminuir la media del puntaje total del CSG ($p=0.16$) conforme aumenta el nivel de instrucción (Tabla 3). Si se compara el puntaje total promedio de las mujeres con educación superior (5.38) con las que tienen educación secundaria o menor (6.91), se observa una diferencia significativa ($p=0.02$). También existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y el lugar de residencia ($p=0.021$). Los residentes en el extranjero tienen mayor tasa de educación superior (21.4%) en comparación a los residentes en Pichincha (6.2%) y en otras provincias del Ecuador (14%).

Nivel de instrucción	Punto de corte		Promedio	Nº	DS
	≤ 4 (%)	≥ 5(%)			
Ninguna	0	100	7.00	6	1.095
Primaria	23.2	76.8	6.85	82	2.807
Secundaria	21.3	78.7	6.95	109	3.086
Superior	36.4	63.6	5.38	21	3.154

Nº: número, DS: desviación estándar

Con respecto al lugar de nacimiento se encontró una asociación significativa entre el nacer en Pichincha y el desarrollo de trastornos de salud

mental ($p=0.03$, $OR=2.15$). Existe la misma relación con el ser residente en Pichincha pero no alcanza una significancia estadística ($p=0.06$). Además se observó que existe una disminución significativa en el puntaje total del CSG para las extranjeras ($p=0.009$) y para las residentes fuera del país ($p=0.019$) (Tabla 4). También se encontró una asociación significativa entre el nacimiento en Pichincha con edad menor a 25 años ($p=0.005$) y con tiempo de reclusión menor a 3 meses ($p=0.005$).

Tabla 4: Punto de corte y promedio del puntaje total para lugar de nacimiento y residencia.

Lugar de nacimiento	Punto de corte		Promedio	N°	DS
	≤ 4 (%)	≥ 5(%)			
Pichincha	15.3	84.7	7.32	85	2.81
Otras provincias	26.1	73.9	6.82	88	3.17
Extranjero	31.8	68.2	5.64	44	2.59
Lugar de residencia					
Pichincha	19.4	80.6	7.15	144	2.97
Otras provincias	27.9	72.1	6.26	43	2.79
Extranjero	35.7	64.3	5.61	28	3.01

N°: número, DS: desviación estándar

Como se observa en la Tabla 1, la religión más común entre las internas fue la católica (59.3%), seguida por la cristiana (25%), otras religiones (4.4%) y ninguna religión (11.3%). No se encontró ninguna asociación entre religión y presencia de dificultades en el área de salud mental ($p=0.31$).

Datos de maternidad

El 93.2% de las internas son madres con una media de 2.9 (± 1.9) hijos vivos. El 28.4% tienen hijos menores de 4 años, el 55.3% hijos entre 5 y 12 años, el 44.7% hijos entre 13 y 18 años y el 34.9% hijos mayores de 18 años. No se encontró una relación significativa entre dificultades en el área de salud mental y ser madre ($p=0.12$) ni con el número de hijos ($p=0.39$). Tampoco

existe relación significativa con la edad de los hijos: menores de 4 años ($p=0.72$), 5-12 años ($p=0.88$), 13-18 años ($p=0.61$) y mayores de 18 años ($p=0.40$).

Datos de reclusión

Los trastornos de salud mental son significativamente mayores en las internas que no tienen sentencia (81.2%) en comparación a las que tienen sentencia (68.1%) ($p=0.032$, $OR=2.02$). Sin embargo, el tiempo de sentencia no estuvo asociado ($p=0.086$).

Tiempo de reclusión	Punto de corte	
	≤ 4 (%)	≥ 5 (%)
0 a 1 mes	11.5	88.5
1 mes a 3 meses	7.1	92.9
3 meses a 6 meses	20.9	79.1
6 meses a 1 año	28.6	71.4
1 año a 3 años	32.7	67.3
3 años a 5 años	23.1	76.9
5 años a 8 años	40	60

Se encontró que la presencia de trastornos de salud mental aumenta durante los primeros meses de reclusión y disminuye con el tiempo (Tabla 5). La prevalencia de las internas con un tiempo de reclusión menor a 3 meses es 90.7% ($OR=3.77$, $p=0.005$), menor a 6 meses es 85.6% ($OR=2.57$, $p=0.006$), menor a 1 año es 80.8% ($OR=1.93$, $p=0.046$) y menor a 3 años es 77.3% ($p=0.63$). También el puntaje total del CSG disminuye significativamente conforme pasa el tiempo (Tabla 6).

Tiempo	Promedio	Nº	DS	Valor p
Menos de 3 meses	7.74	54	2.76	0.004
Más de 3 meses	6.40	162	2.96	
Menos de 6 meses	7.33	97	2.85	0.007
Más de 6 meses	6.24	119	2.97	
Menos de 1 año	7.01	146	2.90	0.043
Más de 1 año	6.14	70	3.01	

Las causas de ingreso fueron divididas en 3 categorías: violentas, no violentas y relacionadas con drogas. La más común fue delitos relacionados con drogas (58.7%). La causa de ingreso no se relacionó con el desarrollo de dificultades en el área de salud mental ($p=0.626$). Los delitos violentos se asociaron significativamente al nacimiento en Pichincha ($p=0.028$, $OR=1.95$) y residencia en Pichincha ($p=0.027$, $OR=2.17$).

Variable	Punto de corte		Valor χ^2	Valor p	OR (95%IC)
	≤ 4 (%)	≥ 5 (%)			
Lugar de Nacimiento					
Pichincha	28	72	4.730	0.030	2.15 (1.0-4.4)
Fuera de Pichincha	15.3	84.7			
Edad					
<25 años	9.3	90.7	5.633	0.018	3.48 (1.1-12.1)
>25 años	26.3	73.7			
Tiene sentencia					
Si	31.9	68.1	4.573	0.032	2.02 (1.0-4.1)
No	18.8	81.2			
Tiempo de reclusión					
< 3 meses	9.3	90.7	7.807	0.005	3.77 (1.33-11.5)
> 3 meses	27.8	72.2			

OR: odds ratio, IC: intervalo de confianza

La tabla 7 muestra un resumen con los factores de riesgo asociados al desarrollo de trastornos mentales encontrados en el análisis univariado. En el análisis multivariado de regresión logística se encontró que un tiempo de reclusión menor a 3 meses y una edad menor a 25 años son factores de riesgo independientes significantes. Sin embargo, el no tener sentencia y el nacer en Pichincha perdieron significancia estadística (tabla 8).

Variables	Valores p	OR
Lugar de nacimiento (Pichincha)	0.138	0.570
Edad (menor a 25 años)	0.034*	3.882
No tiene sentencia	0.272	0.670
Tiempo de reclusión (menor a 3 meses)	0.043*	3.006

*Significativo, OR: odds ratio

Discusión

Los estudios demuestran que las mujeres en prisión presentan tasas altas de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, fobias, desórdenes de personalidad, neurosis y suicidio⁷. La prevalencia de dificultades en el área de salud mental en este estudio (77.1%) es similar a la reportada en otros países como Inglaterra (80%)¹⁶, Colombia (60%)⁵, Australia (81%)⁵ y Estados Unidos (73.1% en prisiones estatales, 61.2% en federales y 71.2% en cárceles locales)¹⁷.

Algunas investigaciones han concluido que las personas en prisión presentan mayor riesgo de trastornos mentales que la población general^{10,18}. Esto concuerda con los resultados presentados, ya que en un estudio realizado en Ecuador en una población con similares características a las de éste (edad, nivel de instrucción, instrumento utilizado), se encontró que la prevalencia de trastornos mentales en la población general es 37.1%¹⁹. Al comparar las dos tasas, se observa que las mujeres en la cárcel presentan el doble de prevalencia con respecto a la población general.

Los resultados señalan que la prevalencia de dificultades en el área de salud mental es mayor en las mujeres más jóvenes. Un estudio en las cárceles de Estados Unidos muestra la misma tendencia; las personas en prisión con edad menor a 24 años presentan una mayor prevalencia de trastornos de salud mental (70.3%) que las de 55 años o mayores (52.4%)¹⁷. Algunos autores sugieren que la relación entre depresión y edad tiene forma de U con la menor prevalencia a los 45 años; sin embargo, una investigación realizada en Canadá es consistente con los hallazgos de este estudio²⁰. Existen varias teorías al respecto pero todavía no se conoce con certeza cuáles son los factores que

contribuyen a la disminución de la prevalencia de trastornos de salud mental al envejecer. La teoría de selectividad sociemocional señala que con el paso de los años, las personas adquieren una mayor habilidad de regular sus emociones y ver su situación de una manera más optimista²¹. Según esta teoría el envejecimiento se asocia a un estado emocional y de bienestar más positivo y a una mayor estabilidad emocional²¹. Posiblemente, esto se debe a que las responsabilidades y preocupaciones de las personas van cambiando con la edad. Por ejemplo, las preocupaciones acerca del trabajo, el hogar y los hijos van disminuyendo. En un estudio se demuestra que el estrés, la ansiedad y el miedo tienen un menor impacto en las personas conforme envejecen²².

Otro hallazgo importante es el tiempo de reclusión de las prisioneras. Según los datos obtenidos, existe una relación inversa entre el tiempo de reclusión y la presencia de dificultades en el área de salud mental. La prevalencia es mayor al ingreso y disminuye con el paso del tiempo. Los resultados encontrados son semejantes a los de un estudio prospectivo realizado en Inglaterra²³. Esto puede explicarse por la capacidad de resiliencia de las personas, que se define como la habilidad para sobrellevar eventos adversos mediante el uso de emociones positivas como estrategia de afrontamiento²⁴. Según esta teoría las personas son capaces de adaptarse al medio a pesar de encontrarse en una situación de amenaza, adversidad severa o trauma²⁵. Cicchetti señala que de forma análoga a la plasticidad cerebral en presencia de alguna lesión, las personas tienen la habilidad de sobreponerse a una adversidad emocional severa o trauma²⁵. En base a esta teoría, sería importante determinar cuales son los factores asociados a una mejor capacidad de resiliencia en las prisioneras como mecanismo preventivo de trastornos de

salud mental en la cárcel. Es importante recalcar que las prisioneras no recibieron ningún tipo de intervención dentro de la prisión, por lo que solamente se considera la capacidad de resiliencia como posible explicación.

También se observó que las personas que no tienen sentencia presentan una mayor prevalencia de dificultades en el área de salud mental. La literatura concuerda con que las tasas de trastornos mentales son mayores en mujeres en prisión preventiva (sin sentencia) que las que han sido sentenciadas⁷. Esto puede deberse a que estas personas experimentan mayores niveles de ansiedad al encontrarse en una situación de incertidumbre sobre su futuro. Sin embargo, en el análisis multivariado la relación no fue estadísticamente significativa. Una posible explicación es que generalmente las personas con menor tiempo de reclusión todavía no tienen sentencia. Por lo tanto, en el análisis univariado se encuentra una relación significativa pero no se le puede considerar como factor de riesgo independiente.

Según las investigaciones, el ser encarcelada lejos del hogar se asocia a una mayor prevalencia de problemas de salud mental, debido a que existe un mayor grado de separación y disfunción familiar^{5,8}. Esto es contradictorio a lo encontrado en los resultados de este estudio, ya que en el análisis univariado se obtuvo que el nacimiento en Pichincha (lugar donde queda la cárcel) se asoció con una mayor prevalencia de trastornos de salud mental. Sin embargo, en la regresión logística no existe significancia estadística como factor de riesgo independiente. Esto puede deberse a que el nacimiento en Pichincha estuvo asociado a otros factores importantes como una edad menor a 25 años, tiempo de reclusión menor a 3 meses, menor nivel de instrucción y mayor tasa de crímenes violentos. Por lo tanto, el primer hallazgo puede deberse a un

sesgo por estar asociada significativamente a otras variables. Igualmente, las nacidas y residentes en el extranjero tuvieron un menor promedio en la sumatoria total del CSG, pero esto puede deberse a que también son las que presentan un mayor nivel de instrucción.

Otro hallazgo interesante es que existe una tendencia a disminuir el riesgo de presentar problemas de salud mental con un mayor nivel de instrucción, aunque no existió una asociación estadísticamente significativa. En general, se conoce que un nivel de educación menor se asocia a mayores tasas de trastornos de salud mental y a un mayor distrés psicológico²⁶. Es posible que no se haya alcanzado la significancia estadística porque el tamaño de muestra es pequeño. Otro factor puede ser que estos estudios se han realizado en la población general y no específicamente en las prisiones, por lo tanto no se conoce si la educación es un factor determinante en esta población.

El estado civil no estuvo relacionado con la presencia de dificultades en el área de salud mental de las prisioneras. Sin embargo, no se puede descartar la asociación de las mujeres viudas con un mayor riesgo, ya que presentar un valor p en el límite de la significancia estadística ($p=0.052$). En la población general, la pérdida de un ser querido implica un proceso emocional que se puede expresar como depresión, ansiedad, ideación suicida y estrés postraumático²⁷. El duelo es un proceso universal pero para algunas personas esta etapa puede ser más intensa y prolongada, por lo que toma el nombre de duelo no resuelto²⁷. Este puede ser el caso de las mujeres que han perdido un ser querido durante el encarcelamiento²⁷. Por lo tanto, estas personas son más vulnerables a presentar trastornos de salud mental. En este estudio solo se consideró como variable a las mujeres viudas, y no se determinó en qué

momento sucedió la pérdida de la pareja. Sería importante que en estudios futuros se considere la pérdida de otros familiares y seres queridos durante el encarcelamiento para identificar si es un factor de riesgo independiente.

La literatura establece que las mujeres con hijos menores de 18 años experimentan un mayor grado de estrés emocional al separarse de ellos y presentan síntomas como ansiedad, ira, tristeza, depresión, culpa, sentimiento de pérdida y baja autoestima⁵. Sin embargo, en los hallazgos de este estudio no encontramos una relación estadísticamente significativa con el ser madre, con la edad de los hijos ni con el número de hijos. Esto pudo deberse a que más del 90% de las mujeres entrevistadas eran madres y el grupo de comparación fue muy pequeño. Por lo tanto se necesitaría investigar de nuevo esta variable en una muestra mayor.

En la población general, las prácticas y creencias religiosas son un factor protector para el desarrollo de dificultades en el área de salud mental²⁸. Esto se debe a que la religión se ha asociado a menores tasas de depresión, suicidio, ansiedad y abuso de sustancias y con ideas más positivas y estabilidad emocional²⁸. Sin embargo, los resultados de este estudio no mostraron una asociación significativa entre la religión y un menor riesgo de dificultades en el área de salud mental. Por lo tanto, no se podría afirmar que la religión es un factor protector dentro de las cárceles.

Algunos estudios demuestran que ciertos trastornos de salud mental como esquizofrenia, psicosis, desorden esquizoafectivo y desorden bipolar se asocian a cometer crímenes violentos²⁹. Sin embargo, otros investigadores señalan que el riesgo de que las persona con algún problema de salud mental cometa un crimen violento no es significativamente mayor, y en la mayoría de

casos se asocia a abuso de sustancias³⁰. En este estudio no se encontró una asociación significativa entre el tipo de crimen y la presencia de dificultades en el área de salud mental. Además por la naturaleza del estudio (corte transversal) no es posible determinar si el problema de salud mental estuvo presente antes de cometer el crimen o si fue una consecuencia del mismo.

En conclusión, la prevalencia de dificultades en el área de salud mental en la cárcel de mujeres de Quito es alta y similar a la de otros países. Se encontraron dos factores de riesgo independientes asociados a la presencia de dificultades en el área de salud mental: una edad menor a 25 años y un tiempo de reclusión menor a 3 meses. Estos datos muestran por primera vez la prevalencia de problemas de salud mental en esta población y corroboran la necesidad de realizar una intervención inmediata para disminuir esta tasa. Debido a que la prevalencia es mayor durante las primeras semanas de reclusión, es importante que se realice una detección temprana de los casos para determinar cual es el mejor tipo de intervención. Además se debería poner mayor énfasis en las mujeres jóvenes, que también presentaron mayor riesgo.

La salud mental de las personas en prisión debe ser considerada como una parte fundamental de la salud pública. Un tratamiento precoz de estos trastornos representa un beneficio a los prisioneros, las personas que trabajan en cárceles, las prisiones, las familias de los presos y la comunidad². Con un tratamiento adecuado, las prisioneras mejorarán su bienestar físico y emocional y por tanto su calidad de vida. Además aumentará su confianza y habilidades sociales, lo que permite una mejor planeación del futuro y reincorporación social³¹. El trabajo en prisión es muy demandante y es aún más difícil cuando existen personas con problemas de salud mental dentro de ellas. Un

tratamiento efectivo reduce los niveles de violencia y enfrentamientos, disminuyendo la carga para el equipo de trabajo en prisión y aumentando su satisfacción personal^{1,31}. A su vez, esto mejora la convivencia y disminuye el ambiente de tensión dentro de las prisiones. De igual manera, favorece a las prisiones ya que la seguridad aumenta, se facilita el reclutamiento de personal, aumenta la eficiencia y disminuyen los costos¹. Las familias también se ven beneficiadas ya que mejoran las relaciones y disminuye el riesgo de desarrollar problemas de salud mental entre sus miembros¹. Además las cárceles se convierten en ambientes más seguros para los hijos de las prisioneras. Finalmente, el impacto en la comunidad es importante ya que existe un permanente intercambio de personas desde y hacia las prisiones. Una disminución en los problemas de salud mental tiene como resultado una disminución en las tasas de reincidencia de crímenes, reingreso a prisión, disminuye el estigma y la discriminación hacia las personas con desórdenes de salud mental y aumenta la inclusión social^{1,31}.

Limitaciones

Debido a las regulaciones y el acceso limitado a la Cárcel de Mujeres de Quito, no se contó con tiempo suficiente como para establecer una relación de confianza con las internas. Por lo tanto, las respuestas pudieron ser sesgadas por miedo a repercusiones. A pesar de esto, se cree que la mayoría de las internas fueron sinceras al contestar los cuestionarios, además que se los realizó de forma anónima. Por la misma razón, no se preguntó acerca del consumo de sustancias, ya que las internas tenían miedo de hablar sobre este tema y por lo tanto podría alterar las respuestas en otros aspectos (datos sociodemográficos, maternidad, etc.).

A pesar de que todas las internas respondieron el cuestionario y fueron involucradas en el estudio, la muestra resultó ser pequeña para la determinación de la relación con ciertas variables como nivel de instrucción, ser madre y estado civil (viuda).

Recomendaciones

Este trabajo puede ser considerado como un estudio piloto para próximas investigaciones, posiblemente con recolección de datos a nivel nacional. Es necesario incrementar el tamaño de muestra para dilucidar la relación entre la presencia de dificultades en el área de salud mental y variables como nivel de instrucción, lugar de nacimiento y residencia, ser madre y ser viuda. También sería recomendable realizar un estudio prospectivo para ver si la disminución de la prevalencia de problemas de salud mental disminuye con el tiempo tomando en cuenta al mismo grupo de personas, y no solamente considerando a diferentes sujetos en distintos tiempos de reclusión como se realizó en este estudio.

Se podrían incluir en próximos estudios nuevas variables que han sido nombradas en la literatura como el abuso de sustancias, historia de abuso sexual y el tener hijos que vivan dentro de la cárcel. Además sería importante determinar la relación con otro tipo de factores internos como el pabellón al que pertenecen. Adicionalmente, sería interesante involucrar en los estudios a las personas que trabajan dentro de las prisiones, ya que también están en riesgo de presentar problemas de salud mental.

Como se puede observar, los trastornos de salud mental en la cárcel tienen un origen multifactorial y es un tema muy complejo, por lo que se sugiere que en próximas investigaciones se lo analice desde una perspectiva multidisciplinaria (psicología, sociología y psiquiatría).

Referencias

1. World Health Organization. (2011, Oct). *Mental health: A state of wellbeing*. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html
2. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe, (1998). *Mental health promotion in prisons*. Copenhagen: Health Documentation Services.
3. Walmsley, R. International Centre for Prison Studies, (2008). *World prison population list*. London: King's College.
4. Walmsley, R. International Centre for Prison Studies, (2006). *World female imprisonment list*. London: King's College
5. Bastick, M., & Townhead, L. Human Rights and Refugees Publications, Quaker United Nations Office. (2008). *Women in prison: A commentary on the UN standard minimum rules for the treatment of prisoners*. Geneva: Creative Commons.
6. Convington, S., & Bloom, B. (2003). Gendered justice: Women in the criminal justice system. In B. Bloom (Ed.), *Gendered Justice: Addressing Female Offenders* (pp. 1-20). Carolina Academic Press.
7. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe, (2009). *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. Copenhagen.
8. Van den Bergh, B., Gatherer, A., Fraser, A., & Moller, L. (2011). Imprisonment and women's health: Concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bull World Health Organ*, 89, 689-694.
9. Fazel, S., & Danesh, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377, 956-965.
10. Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545-550
11. Nuñez, J. (2006). La crisis del sistema penitenciario en ecuador. *Ciudad Segura I*, 4-9.

12. Castillo, C. (2007). El trabajo como mecanismo para la rehabilitación y desarrollo de las internas del centro de rehabilitación social de Quito. Quito: Instituto de Altos Estudios Nacionales.
13. García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 88-97.
14. Craig, J. (2007). The general health questionnaire. *Occupational Medicine*, 57, 79.
15. Sánchez-López, M., & Dresch, V. (2008). The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity, and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.
16. Rutherford, M. Sainsbury Centre for Mental Health, (2007). *The Corston report and the government's response: The implication for women prisoners with mental health problems*.
17. James, D., & Glaze, L. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs. (2006). *Mental health problems of prison and jail inmates*. Washington D.C: Bureau of Justice Statistics.
18. Butler, T., Andrews, G., Allnut, S., Sakashita, C., Smith, N., & Basson, J. (2006). Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(3), 272-276.
19. Paredes, A. (2011). Prevalencia de dificultades de salud mental a nivel comunitario en una población urbana y rural en el Ecuador usando el Cuestionario General de Salud. *Tesis Universidad San Francisco de Quito*, 2-7.
20. Wade, T., & Cairney, J. (1997). Age and depression in a nationally representative sample of Canadians: A preliminary look at the national population health survey. *Canadian Journal of Public Health*, 88(5), 297-302.
21. Carstensen, L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G., Brooks, K., & Nesselroade, J. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21-33.

22. Stone, A., Schwartz, J., Broderick, J., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the united states. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(22), 9985-9990.
23. Hassan, L., Birmingham, L., Harty, M., Jarrett, M., Jones, P., King, C., Lathlean, J., Lowthian, C., Mills, A., Senior, J., Thornicroft, G., Webb, R. & Shaw, J. (2011). Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 37-42.
24. Tugade, M., Fredrickson, B., & Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*, 72(6), 1161-1190.
25. Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9, 145-154.
26. Dalgard, O., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R., & Zahl, P. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in norway. *BMC Psychiatry*, 7, 20.
27. Harner, H., Hentz, P., & Evangelista, M. (2011). Grief interrupted: The experience of loss among incarcerated women. *Qualitative Health Research*, 21(4), 454-464.
28. Koenig, H. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200.
29. Grossman, L., Haywood, T., Cavanaugh, J., Davis, J., & Lewis, D. (1995). State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. *Psychiatric Services*, 46(8), 790-795.
30. Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. case linkage study. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484
31. World Health Organization. Department of mental health & substance abuse, (2007). *Mental health in prisons*. Retrieved from WHO website: http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html

Anexo 1

Cuestionario de datos generales

Datos sociodemográficos:

Edad _____

Estado civil: casada () unida () divorciada () viuda () soltera ()

Nivel de instrucción _____

Ocupación _____

Lugar de nacimiento _____

Lugar de residencia _____

Religión _____

Maternidad:

Madre: si _____ no _____

Abuela: si _____ no _____

Embarazos _____ Partos _____ Abortos _____

Hijos vivos/Edades _____

Reclusión:

Tiene usted una sentencia: si _____ no _____

Tiempo de sentencia: _____

Causa de ingreso: _____

Tiempo de reclusión hasta hoy: _____

Anexo 2

Cuestionario de Salud General Goldberg

Nos gustaría saber como se ha sentido, en general, las dos últimas semanas. Por favor responda todas estas preguntas marcando la alternativa que más se acerca a cómo usted se siente. Recuerde que queremos conocer acerca de las molestias o quejas recientes, no aquellas que ha tenido en el pasado.

- | | |
|---|--|
| 1. ¿Recientemente, ha sido capaz de concentrarse en lo que hace?
0 mejor que de costumbre
0 igual que de costumbre
1 menos que de costumbre
1 mucho menos que de costumbre | 7. ¿En el último tiempo, ha podido disfrutar de la vida diaria?
0 más que de costumbre
0 igual que de costumbre
1 menos que de costumbre
1 mucho menos que de costumbre |
| 2. ¿Recientemente, ha perdido mucho sueño por preocupaciones?
0 no, en absoluto
0 no más que lo usual
1 algo más que lo usual
1 mucho más que lo usual | 8. ¿Recientemente, se ha sentido capaz de enfrentar los problemas?
0 más que lo habitual
0 igual que lo habitual
1 menos capaz que lo habitual
1 mucho menos capaz |
| 3. ¿Últimamente, se ha sentido usted una persona útil para los demás?
0 más que de costumbre
0 igual que de costumbre
1 menos útil que de costumbre
1 mucho menos útil | 9. ¿Recientemente, se ha sentido triste o deprimido?
0 no, en absoluto
0 no más que de costumbre
1 algo más que de costumbre
1 mucho más que de costumbre |
| 4. ¿Recientemente, se siente capaz de tomar decisiones?
0 más que lo usual
0 igual que lo usual
1 menos que lo usual
1 mucho menos capaz | 10. ¿Recientemente, ha estado perdiendo confianza en sí mismo?
0 no, en absoluto
0 no más que de costumbre
1 algo más que de costumbre
1 mucho más que de costumbre |
| 5. ¿En el último tiempo, se ha sentido constantemente bajo tensión?
0 no, en absoluto
0 no más que de costumbre
1 algo más que de costumbre
1 mucho más que de costumbre | 11. ¿En el último tiempo, ha sentido que usted no vale nada?
0 no, en absoluto
0 no más que lo habitual
1 algo más que lo habitual
1 mucho más que lo habitual |
| 6. ¿En el último tiempo, ha sentido que no puede solucionar sus problemas?
0 no, en absoluto
0 no más que de costumbre
1 algo más que de costumbre
1 mucho más que de costumbre | 12. ¿En el último tiempo, se ha sentido feliz, considerando todas las cosas?
0 más que lo habitual
0 igual que lo habitual
1 menos que lo habitual
1 mucho menos que lo habitual |