

Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al "Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario" en Bucaramanga, Colombia

Depression and anxiety, state/feature among inmates assigned to the "Induction to Treatment in Prison Program" in Bucaramanga, Colombia

Depressão e ansiedade estado/traço em presos adscritos ao "Programa de Indução para o Tratamento Penitenciário" em Bucaramanga, Colômbia

FECHA DE RECEPCIÓN: 2012/07/05 FECHA DE ACEPTACIÓN: 2012/11/07

Ana Fernanda Uribe-Rodríguez

Doctora en Psicología Clínica y de la Salud.
Directora de la Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga,
Bucaramanga, Colombia.
ana.uribe@gmail.com

Jenny Marcela Martínez-Rodríguez

Psicóloga.
Coordinadora de Recursos Humanos en Materiales para Construcción y Remodelación (Ardisa),
Bucaramanga, Colombia.
recursohumano@ardisa.com.co

Karina Andrea López-Romero

Psicóloga, Fundación para el Desarrollo Empresarial del Magdalena Medio (Fudem),
Barrancabermeja, Colombia.
anirakromero@hotmail.com

RESUMEN

El artículo describe las características de 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– en Bucaramanga, Colombia. La muestra comprendió 112 internos con un promedio de edad de 33 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) y el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI). Los resultados indican que un 43,1% realizó su primera transgresión a la norma en-

tre los 8 y 18 años, y un 74,1% presentó consumo de sustancias psicoactivas, mientras los registros de manifestaciones depresivas revelan que el 16,7% la calificó como estado y un 43,68% como rasgo. Por su parte, la afectación ansiosa se mostró en un 8,03% como estado y en un 85,7% como rasgo. De acuerdo con esto, hubo mayor proporción de personas con experiencias previas que desarrollaron cuadros sintomatológicos, que aquellas en las que la situación de encarcelamiento constituye un causante o detonante.

PALABRAS CLAVE

Establecimiento penitenciario, tratamiento psicológico, tratamiento penitenciario, psicopatología, delitos contra el patrimonio económico (fuente: Tesoro de política criminal latinoamericana - ILANUD).

ABSTRACT

This article describes the characteristic manifestations of the depression and anxiety state/feature, and their prevalence among inmates assigned to the “Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario” (Induction to the Treatment in Prison Program) of the INPEC, the *National Penitentiary and Prison Institute at Bucaramanga, Colombia*. The sample included 112 inmates with an average age of 33 years to whom the Depression State/Feature Inventory (known as IDER in Colombia) and the Anxiety State/Feature Inventory (known as STAI in Colombia) were

applied. The results show that 43.1% of the inmates committed their first offense between 8 and 18 years of age, and 74.1% had used psychoactive substances, while the records of depressive manifestations reveal that 16.7% rated them as a state, and 43.68% as a feature. On the other hand, in 8.03% of the cases, anxiety was shown as a state, and in 85.7% as a feature. According to this, the ratio of individuals with previous experiences having developed a symptomatology was higher than those where the imprisonment situation is a cause or a triggering factor.

KEY WORDS

Prison facility, psychological treatment, prison treatment, psychopathology, crimes against economic assets (Source: Tesouro de Política Criminal Latinoamericana - ILANUD).

RESUMO

O artigo descreve as características da depressão e a ansiedade estado/traço e sua prevalência em presos adscritos ao “Programa de Indução para o Tratamento Penitenciário” do Instituto Nacional Penitenciário y Carcelario -INPEC- em Bucaramanga, Colômbia. A amostra incluiu 112 presos com idade média de 33 anos, que receberam o Inventário de Depressão Estado Rasgo (IDER) e o Inventário de Ansiedade Estado Rasgo (STAI). Os resultados indicam que 43,1% realizou sua primeira transgressão à norma entre 8

e 18 anos de idade, e um 74,1% apresentou consumo de substâncias psicoativas, enquanto os registros das manifestações depressivas revelam que 16,7% atribuíram como estado e 43,68% como rasgo. Por outro lado, a afetação ansiosa mostrou 8,03% como estado e 85,7% como rasgo. De acordo com isso, houve maior proporção de pessoas com experiências anteriores, que desenvolveram os quadros sintomatológicos, do que aqueles em que a situação de detenção constitui uma causa ou um detonante.

PALAVRAS - CHAVE

Prisão, tratamento psicológico, tratamento penitenciário, psicopatologia, crimes contra o patrimônio econômico (fonte: Tesouro de política criminal latinoamericana - ILANUD).

Introducción

Para atender las demandas de salud mental de los internos en Colombia, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC– instauró como uno de sus objetivos la promoción de programas para el mejoramiento de la atención psicológica. Por tanto, el estudio de patologías discapacitan-

tes, prevalentes y crónicas, como la depresión y la ansiedad, se configuran como temas de significativa identificación y estudio.

Frente a esto, en Colombia se registran actualmente 113.104 personas recluidas en establecimientos penitenciarios, de las cuales 33.951 son sindicadas y 79.153 son condenadas; el Establecimiento Peniten-

carario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga alberga 3.025 internos, con un 145,1% de hacinamiento (INPEC, 2012). Esta situación se repite en todo el país, junto con las dificultades de infraestructura, habitabilidad, salubridad, ocupación de los internos, insuficiencia en provisiones o mecanismos de atención en salud física y mental, sobre todo en casos de VIH, tuberculosis y psicosis (ONU, 2006).

Por esta razón, el INPEC, a través de la Subdirección de Reinserción Social, instauró dentro de sus funciones e intereses realizar estudios y diagnósticos que permitan conocer la situación sanitaria de los establecimientos de reclusión, como también desarrollar programas que propicien el mejoramiento de las condiciones de habitabilidad, salubridad y ocupación de los internos en los establecimientos (INPEC, 2010). De acuerdo con esto, es necesaria la realización de estudios como este, para identificar o descartar características sintomatológicas prevalentes en ciertos grupos de internos, con el propósito de diseñar y ejecutar intervenciones adecuadas a manifestaciones disfuncionales específicas.

En consecuencia, se revisaron las prevalencias a nivel penitenciario, de población general nacional e internacional, y sus respectivas implicaciones, estudios de los que fueron extraídas la depresión y la ansiedad como primordiales temas de investigación. Estas patologías fueron analizadas desde sus características de estado y rasgo, por la confiabilidad y validez de los instrumentos que las evalúan. De esta manera, se indagó la manifestación reciente de los síntomas (estado) y la aparición a lo largo de la vida (rasgo), junto con las características sociodemográficas, penitenciarias y comportamentales del formato adicional preparado por el equipo de investigación. Las pruebas indican que los 112 internos adscritos al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario conforman un 60,3% con probables síntomas depresivos y 93,7% ansiosos, mayor en rasgo tanto para depresión (43,6%) como ansiedad (85,7%), lo cual sugiere un desarrollo sintomatológico anterior a la experiencia de reclusión, que se acompaña, en su mayoría, del consumo de sustancias psicoactivas iniciado entre los 8 y 18 años y la casi nula visita a centros de salud de asistencia psicológica o psiquiátrica.

Salud mental en establecimientos penitenciarios y otros contextos

La salud mental en las penitenciarías es un tema de investigación reciente; en Zaragoza (España), en el año 2003, 1.093 internos reportaron un 3% de sintomatología psicótica positiva, 16% depresiva, 35% ansiosa y el 46% comportamiento desadaptado y/o incongruente (Arroyo, 2006). En un caso colombiano, Mojica, Sáenz & Rey-Anacona (2009) hallaron un 20% de los internos de centros penitenciarios con riesgo



suicida, más una relación directa con desesperanza y depresión. En otro caso, Ordóñez & Ruiz (2008) revisaron estadísticas que aseguran mayor prevalencia de suicidios en prisión que en la población civil externa, además de encontrar relación con la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad, ideación suicida, antiguas enfermedades o tratamientos psiquiátricos y problemas emocionales. Asimismo, llama la atención lo que autores como Ruiz (2007), Muro de Araujo & Paino (2008) expresan del encarcelamiento, pues consideran que produce altos niveles de ansiedad y depresión.

A lo anterior es preciso agregar lo que Clemmer (citado por Crespo, 2006) consideró como cambios comportamentales propios de los sujetos que permanecen en este entorno. Según Crespo (2006), Clemmer introduce el término “prisionización” para referirse a la adopción de conductas diarias, costumbres y cultura general de la penitenciaría en mayor o menor grado. De igual forma, señala Wheeler (citado por Crespo, 2006), en la profundización de los niveles de “prisionización”, que en los primeros años del encarcelamiento y los cercanos al cumplimiento de la condena se encuentran más bajas dichas conductas, mientras en el período medio de la condena las manifestaciones propias de este fenómeno se acentúan. Frente a dicho proceso de adaptación al contexto penitenciario también se pronuncia Segovia (2000), quien categorizó las conductas provocadas por la “prisionización” como: desproporción reactiva (vivenciar los sucesos con desproporcionada resonancia emocional y cognitiva), dualidad adaptativa (autoafirmación agresiva o sumisión frente a la institución), presentismo galopante (vivir solo el presente desde el fatalismo, ausencia de introspección, planificación y análisis de consecuencias), síndrome amotivacional y baja autoestima.

Teniendo en cuenta las dificultades mencionadas en dicho contexto y las prevalencias halladas, se encuentra que las patologías predominantes de la población mundial en el campo de la salud mental guardan ciertas similitudes. Lo arrojado por múltiples estudios sobre la prevalencia de trastornos mentales en diversas poblaciones (Campo-Arias & Cassiani, 2008; Brown, Campbell, Lehman, Grishman & Mancill, 2001; Michaud, Murray & Bloom, 2001; Montorio, Nuevo, Losada & Márquez, 2001; Aláez, Martínez-Arias & Rodríguez-Sutil, 2000; Medina-Mora et al., 2003) indica que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo ocupan un lugar importante. E. g., López, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray (2006) demuestran en su repor-

te sobre la Carga Mundial de Morbilidad (CMM) y los factores de riesgo entre 1990-2001, que la depresión se ha convertido en la principal causa de discapacidad para mujeres y hombres. Adicionalmente, advierten que el 41% de la CMM en 1990 fue debido a trastornos neuropsiquiátricos, los cuales se posicionan como el motivo más importante de discapacidad en todas las regiones, con más de un 37% de años de vida ajustados por discapacidad (AVD) en personas de 15 años en adelante.

En Colombia (Ministerio de Protección Social, 2003), el trastorno de ansiedad se ubicaba entre los más prevalentes, seguido de trastornos del estado del ánimo como la depresión mayor. Un análisis anterior con población general, como el de Torres de Galvis (2000), ya había expuesto que en Colombia el trastorno depresivo mayor prevalecía a lo largo de la vida en un 19,6%, y el de ansiedad, en un 3,1%.

De esta manera, los trastornos del estado del ánimo, especialmente la depresión mayor, junto con los trastornos de ansiedad, se encuentran entre las patologías de más incidencia a nivel mundial, y las investigaciones de diferentes poblaciones ofrecen una gran idea del dinamismo de estos trastornos. En el caso de la depresión, Gómez & Rodríguez (1997) encontraron, en su evaluación de 25.134 colombianos, un 11,8% de afectación leve y un 4% de depresión alta. Estos autores determinaron una mayor prevalencia en personas de los 45 a los 60 años, en aquellos con altos índices de consumo de alcohol y cigarrillo, con antecedentes de intento de suicidio, baja satisfacción con los logros, percepción de bajos ingresos y cuando sus reglas morales diferían de las de su casa. Asimismo, añaden que existe mayor proporción de ansiedad alta cuando aumenta la depresión, y viceversa, siendo la ansiedad la variable con más asociación en el estudio. A esto, los autores sugieren una alta prevalencia del síndrome mixto ansioso-depresivo. Consideran también que las altas prevalencias de depresión en países en vías de desarrollo están sujetas a las condiciones socioeconómicas y de violencia, que producen inestabilidad, estrés y duelos repetitivos. De manera similar, Montorio et al. (2001) analizaron los dos trastornos y hallaron un 14,4% de trastorno del estado de ánimo y un 11,3% de trastornos de ansiedad, a lo que adicionan el estudio de la comorbilidad determinada en un 57,1%. De igual forma, reportan su relación con altos índices de mortalidad, que representa el 15% de los casos, con alto riesgo en personas mayores de 55 años (DSM IV, 1995). Otros autores, como Beekman et al. (2002), encuentran un 47,5% de pa-

cientes con TDM que cumplen criterios para el TAG, mientras el TAG que cumplía los principales criterios para TDM fue evidente en un 26,1%.

En otro caso, Aragonés et al. (2001) publican un 19,3% de depresión en los pacientes de atención primaria. Agudelo, Lucumí & Santamaría (2008) investigaron también en el contexto hospitalario, y encontraron un 41,5% de afectación depresiva evaluada con el Inventario de Depresión de Beck. Ninguno de los evaluados dijo recibir tratamiento médico o psicológico para este trastorno. En este estudio se repite la relación del adulto mayor con la presencia de la sintomatología. Agregan que los pacientes que no fueron acompañados durante la estancia puntúan medias para depresión moderada. Similar a esto, Rodríguez & Puerta (1997) soportan que es probable una mayor prevalencia de depresión en personas que han perdido a su cónyuge o en el momento se encuentran solteros. En otro estudio, esta vez sobre depresión en estudiantes universitarios de psicología en Bucaramanga, Agudelo, Casadiego & Sánchez (2008) explicitan la puntuación ligeramente más alta en estado para rasgo, mientras en ansiedad sucedió a la inversa. De igual manera, recalcan lo que en diversos análisis ya se ha mencionado sobre la mayor tendencia de estos trastornos en mujeres que en hombres; también lo comenta Agudelo (2009) en su revisión de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo.

Por su parte, la ansiedad cuenta con investigaciones que precisan la edad como característica biopsicosocial relevante. Algunos autores encuentran prevalencias significativas en el adulto mayor (Flint, 1999; Ayers, Sorrell, Thorp & Loebach, 2007), mientras Martínez (2003) expresa que en comparación, la población adulta mayor presenta ligeros niveles menores que la población adulta. Como complemento a esto, investigaciones en población infantil recalcan que es común el estado ansioso en el menor, como el caso de Rovella & González (2008), quienes aseguran que la edad de inicio es temprana y que además algunos sujetos manifiestan haberla padecido toda la vida, lo cual sugeriría presencia de ansiedad rasgo en edades indeterminadas. Adicionalmente, su complejidad es influida por el señalamiento de Bousoño (2003), quien resalta las altas tasas de reincidencia. En otro aspecto, esta vez el cognitivo, la aparición de este fenómeno representa cambios importantes. Según Jadue (2001), existe una íntima relación entre el TAG y la inestabilidad emocional, que dificulta a gran escala un adecuado rendimiento académico, lo que puede

generar problemas en el aprendizaje. Adicionalmente, Martínez (2003) aporta la experiencia que a nivel somático se genera: insomnio, cefalea, fatiga y dolor muscular, añadiendo además su carácter incapacitante y crónico. Pero volviendo al aspecto cognitivo, Londoño, Álvarez, López & Posada (2005) descubren esquemas maladaptativos en sujetos de un centro médico con TAG (25% de la muestra), que van dirigidos a la rigidez cognitiva en cuanto a las expectativas sociales, sus necesidades de control y predicción de situaciones, factores que no son compatibles con el ambiente penitenciario y la asimilación de los resultados o el curso de su situación jurídica y la transformación de sus relaciones externas.

Es necesario añadir que para precisar un trastorno de ansiedad frente a un posible trastorno de adaptación, estos difieren por la prolongación de los síntomas, ya que en el trastorno adaptativo los síntomas no exceden los seis meses.

Ahora bien, la pretensión de este estudio no fue diagnóstica, puesto que su interés estuvo en la identificación de las prevalencias y la tendencia a presentar sintomatología depresiva o ansiosa en términos de estado y rasgo. De manera que es preciso hacer explícitas las variables de estado y de rasgo para encauzar el tratamiento de los temas. El primero hace referencia a una afectación transitoria en que el evaluado ratifica la manifestación y el grado actual del malestar, mientras el segundo expresa la frecuencia con que se ha sentido afectado a lo largo de su vida (Spielberger, Agudelo & Buela-Casal, 2008). Dicha diferenciación tomó una importancia particular en el contexto estudiado, ya que permitió llamar la atención sobre la presencia de síntomas depresivos o ansiosos anteriores a la experiencia de encarcelamiento y posteriores a ella.

Método

1.1. Población

El estudio fue realizado entre febrero y noviembre del 2011 en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga, habitado por 4.435 internos, entre sindicados y condenados, en el momento de la investigación. El más reciente reporte confirma la habitabilidad de 3.025 internos, distribuidos en siete comunidades o patios. Estas agrupaciones configuran características especiales en la mayoría de los casos. Comunidad 1:



corresponde a “Comunidad Terapéutica”, donde se realiza atención especializada en abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Comunidades 2 y 4: contienen la mayor cantidad de internos sindicados o condenados regularmente por delitos contra el patrimonio económico y estupefacientes. Comunidad 3: es el espacio y grupo de personas más reducido, donde cohabitan quienes se consideren “Comunidad LGBTI” (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales o transgeneristas e intersexuales). Comunidad 5: se encuentra asociada a delitos de violencia intrafamiliar, sexual, homicidio e inasistencia alimentaria. Comunidad 6: es exclusiva de personas acogidas al “Programa de Justicia y Paz”. Por último, la comunidad 7 comprende los sindicados y condenados por delitos políticos, o de funcionarios públicos.

Adicionalmente, se encuentran categorizados de acuerdo con la fase en que se hallen del Tratamiento Penitenciario (Resolución 7302 de 2005, del INPEC). Los programas comprenden atención psicológica especializada y seguimiento terapéutico, trabajo, estudio, enseñanza, artes y oficios, los cuales son posteriores al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario, y los respectivos requisitos de cumplimiento de pena contemplados en la resolución.

1.2. Muestra

Es no probabilística de tipo intencional, conformada por los internos adscritos al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga (EPMSC - BGA); este pro-

grama es abierto para 180 internos, y ajustado a la situación jurídica y psicológica de los participantes; contó con 112 integrantes activos en este caso. Tal programa constituye un punto de intervención determinante para la toma de medidas preventivas y de intervención por parte del Comité de Evaluación y Tratamiento (CET), que se asegura de incluir al interno en el sistema de oportunidades, teniendo en cuenta sus necesidades, expectativas y fortalezas, a partir de la información recolectada por el equipo de trabajo (profesionales del área de la salud, derecho y guardias), que adicionalmente sugiere tratamiento o seguimiento, ya sea individual o colectivo. Dicho de otra forma, el programa seleccionado es el primer espacio de socialización e ingreso al Tratamiento Penitenciario, que tiene por objetivo, como lo promulga la Resolución 7302 de 2005, del INPEC, preparar al penado mediante la resocialización para una auténtica vida en libertad. En este caso, los 112 internos forman un rango de edades entre los 19 y 66 años, con una media de 33,29 años y una desviación estándar de 10,82.

1.2.1. Criterios de inclusión

Todos los participantes diligenciaron un formato de consentimiento informado y de encontrarse activos en el Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario, lo cual significaba ser mayores de edad condenados de las comunidades 2, 4, 5 y 7, que cumplieran con un mínimo requerido de asistencia a los talleres e intervenciones diarias impartidas por el personal voluntario, de trabajo social, psicología y guardias. Los sujetos adscritos no podían estar vinculados

a otras actividades de rebaja de penas, como estudio, trabajo o artes y oficios, independientemente de su edad, tipo de delito, antecedentes, requerimientos o situación de salud física. Las comunidades que no fueron evaluadas, como la 3 y la 6, realizan otro tipo de actividades de rebaja o reciben distinta atención y no se encuentran vinculadas al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario.

El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional y el tipo de estudio fue un diseño transversal no experimental de tipo descriptivo.

1.3. Instrumento

En esta investigación se emplearon instrumentos específicos, de acuerdo con las características de estudio (estado/rasgo). Adicionalmente, el equipo de investigación diseñó un formato sociodemográfico, para indagar sobre factores asociados al trastorno depresivo y ansioso, como: la frecuencia de visitas, el consumo de sustancias psicoactivas y previos internamientos en clínicas u hospitales psiquiátricos, entre otros.

Por su parte, el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) de Spielberger, Agudelo & Buela-Casal (2005) es un instrumento para identificar el grado de afectación (estado) y la frecuencia con que se presenta (rasgo) la depresión, a través de los 20 ítems que lo conforman. De la misma manera, permite identificar el grado de presencia de afectividad negativa (distimia) y afectividad positiva (eutimia), tanto en el momento en el que se evalúa (estado) como la frecuencia con la que se repiten (rasgo). En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento, los datos de consistencia interna fueron obtenidos con muestra de estudiantes universitarios, adolescentes, población general y muestra clínica, que indican valores de coeficiente alfa que oscilan entre 0,83 y 0,87 para la escala de estado y las subescalas de distimia y eutimia. Para la escala de rasgo (subescalas de distimia y eutimia), se obtuvieron alfas entre 0,79 y 0,84.

De manera similar, el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch & Lushene (1999) es un cuestionario que consta de 40 ítems en total, y se divide en dos subescalas: ansiedad estado, que evalúa cómo se siente el sujeto en el momento de la aplicación, tomando en cuenta sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión, y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo, y ansiedad rasgo, que registra la afec-

tación a lo largo del tiempo, dejando aflorar señales de una tendencia del individuo a percibir de forma inadecuada las situaciones como amenazadoras. El instrumento posee una consistencia interna que oscila entre 0,90 y 0,93 para la escala de estado, y entre 0,84 y 0,87 para la escala de rasgo, obtenidos con una muestra de población general.

1.4. Procedimiento

Durante las reuniones del Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario en cada comunidad (2, 4, 5 y 7), se invitó a los participantes a colaborar con la investigación, los cuales fueron evaluados colectivamente, máximo cinco sujetos en cada toma de muestra. La aplicación del formato sociodemográfico y los inventarios fue precedida por el consentimiento informado, en el que se estableció la libertad para abandonar la investigación en cualquier momento, solicitar que sus resultados no formaran parte de esta, renunciar a cualquier beneficio a partir de su realización y poder reclamar el derecho a la confidencialidad de dichos resultados. De igual forma, se efectuó una introducción y explicación de las instrucciones para responder a los instrumentos. En la sistematización de los datos se utilizó Microsoft Office Excel y el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS 20.0; de estos datos se extrajeron cifras de frecuencia porcentual, así como medias y desviaciones estándar. Por último, se socializaron los resultados con la institución y se formularon las recomendaciones pertinentes.

Resultados

Como se mencionó anteriormente, este estudio contó con la participación de 112 sujetos de sexo masculino adscritos al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga (EPMSC - BGA). Las características generales de la población fueron extraídas del formato sociodemográfico, y tuvieron en cuenta la situación jurídica y aspectos de la vida psíquica, como el consumo de SPA o el internamiento en hospitales psiquiátricos. De acuerdo con esto, se encontró que el 74,10% de la muestra, es decir, 83 internos, utilizaban sustancias psicoactivas; de estos, el 13,4% afirmó consumir alcohol; 9,8%, cigarrillo; 7,1%, marihuana; 0,9%, bazuco; 0,9%, mezclas, y un 41,1% dos o más sustancias de las anteriores, con una edad media de inicio de consumo de 16,26 años.

Por otra parte, la edad de los adscritos estuvo entre los 19 y los 68 años, con un promedio de 33,29%, y una desviación estándar de 10,82%. Otro aspecto indagado fue el estado civil de los internos antes y después del ingreso al centro penitenciario. Se evidenció que antes del ingreso el 26,8% de los participantes estaban solteros, el 54,5% vivían en unión libre, el 12,5% se encontraban separados y el 6,3% eran casados. En el otro caso, después del ingreso el 34,8% estaban solteros, el 42,9% vivían en unión libre, el 16,1% eran separados, el 5,4% estaban casados y el 0,9% eran viudos. Acerca del grado de escolaridad de los participantes, se presentó una variación entre primaria incompleta hasta profesional, clasificados de la siguiente manera: primaria incompleta, 20,5%; primaria completa, 25,9%; bachillerato incompleto, 31,3%; bachillerato completo, 14,3%; más técnicos, tecnólogos y profesionales, cada uno con tres participantes, equivalente al 2,7% en cada clasificación. Los evaluados pertenecían a los siguientes estratos socioeconómicos: el 53,6% al estrato 1, el 23,2% al 2, el 16,1% al 3, el 5,4% al 4 y el 0,9% a los estratos 5 y 6, respectivamente.

Los aspectos penitenciarios también fueron incluidos, como la distribución por comunidades: un 1,8% pertenece a la comunidad 7, 37,5% es de la comunidad 5, 29,5% integra la comunidad 4 y el 31,3% forma parte de la comunidad 2; el mayor porcentaje es el de la comunidad 5. Como dato relevante en la investigación, se tuvo en cuenta el tiempo de condena por cumplir y el cumplido hasta el momento de la evaluación. Con respecto al tiempo de condena por cumplir, se encontró que gran parte se situaba en el rango de mayor de 12 meses hasta 5 años, con un 71,4%, seguido del ítem de más de 5 años a menor de 10 años, correspondiente al 13,4% de la muestra. Incluso, se presentaron casos de más de 10 años y menos de 20 de condena, con un 5,4%, y un 1,8% de condenas superiores a 20 años. Sobre el factor del

tiempo de condena cumplido hasta el momento de la evaluación, se midió en los rangos de menos de 6 meses (21,4%), entre 6 y 12 meses (42,9%), de 1 a 5 años (33,9) y de 5 a 10 años (1,8%). Lo anterior guarda relación con las diversas clases de delitos imputados a la población estudiada, como son los delitos contra el patrimonio económico (como hurto o estafa), en los que se encontró la mayor concentración (36,6%), delitos contra la seguridad pública, contra la salud pública, contra la vida y la integridad personal, contra la familia, e incluso dos o más tipos de clasificación como hurto y tráfico, fabricación y porte de estupefacientes.

De igual manera, se tuvo en cuenta la frecuencia con la que los internos recibían visitas: el 35,7% tenía visita una vez a la semana; el 26,8%, una vez cada quince días; el 21,4%, una vez al mes; el 14,3%, casi nunca, y el 1,8%, nunca recibió visitas. En la investigación se encontró que el 35,7% de la muestra son reincidentes, frente a un 64,3% que no lo son. Del grupo reincidente, el 25,9% ingresó por el mismo delito, el 14,3% por diferente delito, el 2,7% por el mismo delito cometido cuando era menor de edad, y el 0,9% por diferente delito perpetrado antes de los 18 años. Por su parte, el rango de edad con mayor frecuencia de la primera transgresión normativa calificada como delito es entre los 15 y los 18 años, con un porcentaje de 27,7%, seguido de un 21,4% referido a aquellos que lo hicieron entre los 8 y los 14 años. De los 112 participantes, 35 de ellos, equivalentes al 31,25%, han estado detenidos o reclusos durante la niñez o la adolescencia: el 15,2% en comisarías, 8% en correccionales, 0,9% en una casa hogar del Estado, y el 7,1% en dos o más sitios de los anteriormente mencionados.

Ahora bien, estos datos sociodemográficos, penitenciarios y comportamentales complementan la información obtenida de las submuestras de internos con depresión y ansiedad.

Tabla 1. Descripción de internos con depresión estado o rasgo

DEPRESIÓN: 60,38%		DEPRESIÓN ESTADO: 16,07%		DEPRESIÓN RASGO: 43,68%	
VARIABLE	RESPUESTA	FRECUENCIA PORCENTUAL	RESPUESTA	FRECUENCIA PORCENTUAL	
Comunidad	2	50%	5 - 4	32,7% - 38,8%	
Edad	18 a 24 y 35 a 49	27,8% - 27,8%	25 a 34	38,8%	
Escolaridad	Primaria completa	33,3%	Primaria incompleta	28,6%	
Estrato socioeconómico	1	50%	1	61,2%	
Tipo de delito	Contra el patrimonio económico - Contra la vida y la seguridad personal	27,8% - 27,8%	Contra el patrimonio económico - Dos o más delitos	32,7% - 20,4%	

DEPRESIÓN: 60,38%		DEPRESIÓN ESTADO: 16,07%		DEPRESIÓN RASGO: 43,68%	
VARIABLE	RESPUESTA	FRECUENCIA PORCENTUAL	RESPUESTA	FRECUENCIA PORCENTUAL	
Estado civil antes del ingreso	Unión libre	55,60%	Unión libre	57,1%	
Estado civil después del ingreso	Unión libre	44,40%	Unión libre	49%	
Tiempo de condena por cumplir	Menos de 5 años	55,60%	Menos de 5 años	75%	
Tiempo de condena cumplido hasta la evaluación	Entre 6 y 12 meses	38,90%	Entre 6 y 12 meses	51%	
Frecuencia de visitas	Semanal	44,40%	Semanal y quincenal	30,6%	30,6%
Sustancias psicoactivas usadas	Dos o más de las opciones	50%	Dos o más de las opciones	44,9%	
Edad de inicio del consumo de SPA	Entre 8 y 14 años	22,20%	8 a 14 - 15 a 18	20,4%	34,7%
Edad de la primera transgresión normativa considerada delito	Entre 26 y 35 años	27,80%	8 a 14 - 15 a 18	22,4%	26,5%
Detenciones en la niñez o adolescencia	No ha estado detenido	66,70%	No ha estado detenido	69,4%	
Reincidencia	No	66,70%	No	61,2%	
Vinculación laboral en el momento de la captura	Independiente	50%	Independiente	44,9%	
Ingreso a clínicas y hospitales psiquiátricos anteriormente	Nunca	88,90%	Nunca	79,6%	
Ansiedad estado	Alto	61,10%	Alto	61,2%	
Ansiedad rasgo	Alto	55,60%	Alto	63,3%	
Depresión estado	Mayor de 70	100%	Mayor de 70	95,90%	
Depresión rasgo	Menor de 70	100%	Mayor de 70	100%	

Fuente: Uribe-Rodríguez, Martínez-Ramírez & López-Romero, 2012.

Presentados los datos de esta manera, se puede observar mayor afectación a lo largo de la vida, prevaleciendo la manifestación depresiva en rasgo (43,68%). En cuanto a la información adicional, se encuentran diversas similitudes, como el estrato socioeconómico, estado civil antes y después del ingreso (a pesar de su disminución posterior a la experiencia de encarcelamiento), tiempos de condena cumplidos y por cumplir, tipo de delito, frecuencia de visita, consumo de sustancias, edad de inicio del consumo, detenciones en la infancia o adolescencia, reincidencia, vinculación laboral previa e ingreso a hospitales psiquiátricos. Lo anterior indica que la población, en general, comparte características psicosociales, las cuales pueden ser indagadas o tratadas con

profundidad y de manera colectiva, como son: el consumo de sustancias psicoactivas, el tipo de acción delictiva y la actividad laboral. Sin embargo, en lo concerniente a un posible cuadro clínico, con respecto a los índices de depresión, las submuestras indican altos niveles de ansiedad estado, con una frecuencia de 61,1%, y de ansiedad rasgo, de 59,4%. De manera similar, debe resaltarse que el 95,9% de los participantes con manifestaciones de depresión rasgo presentaron en el momento la afectación considerada depresión estado. Contrario a esto, solo un 16,07% presenta la sintomatología evaluada en el momento de la aplicación, sin rastro anterior de dicho cuadro. Por lo tanto, este constituye un grupo de sujetos con un desarrollo distinto de la afectación.

Tabla 2. Descripción de internos con ansiedad estado o rasgo.

ANSIEDAD: 93,73%		ANSIEDAD ESTADO: 8,03%		ANSIEDAD RASGO: 85,7%	
VARIABLE	RESPUESTA	FRECUENCIA PORCENTUAL	RESPUESTA	FRECUENCIA PORCENTUAL	
Comunidad	2	56%	5	36,5%	
Edad	35 - 49	55,60%	25 a 34	35,4%	

ANSIEDAD: 93,73%		ANSIEDAD ESTADO: 8,03%		ANSIEDAD RASGO: 85,7%	
VARIABLE	RESPUESTA	FRECUENCIA PORCENTUAL	RESPUESTA	FRECUENCIA PORCENTUAL	
Escolaridad	Primaria completa	44,40%	Bachillerato incompleto	31,3%	
Estrato socioeconómico	2	44%	1	56,3%	
Tipo de delito	Contra el patrimonio económico	33,30%	Contra el patrimonio económico	36,5%	
Estado civil antes del ingreso	Soltero - Separado	33,30%	Unión libre	58,3%	
Estado civil después del ingreso	Soltero	44,40%	Unión libre	45,8%	
Tiempo de condena por cumplir	Menos de 5 años	44,40%	Menos de 5 años	71,9%	
Tiempo de condena cumplido hasta la evaluación	Entre 6 y 12 meses	44,40%	Entre 6 y 12 meses	41,7%	
Frecuencia de visitas	Quincenal	44,40%	Semanal	38,5%	
Sustancias psicoactivas usadas	Alcohol - No consume	33,3% - 33,3%	Dos o más de las opciones	42,7%	
Edad de inicio del consumo de SPA	De 15 a 18 - De 19 a 25 años	33,3% - 33,3%	De 8 a 14 - De 15 a 18	26% - 29,2%	
Edad de la primera transgresión normativa considerada delito	De 26 a 35 años	33,30%	De 8 a 14 - De 15 a 18	24% - 29,2%	
Detenciones en la niñez o adolescencia	No ha estado detenido	88,90%	No ha estado detenido	66,1%	
Reincidencia	No	88,90%	No	60,4%	
Vinculación laboral en el momento de la captura	Independiente - Desempleado	33,3% - 33,3%	Independiente	46,9%	
Ingreso a clínicas y hospitales psiquiátricos anteriormente	Nunca	100%	Nunca	80,2%	
Ansiedad estado	Medio	100%	Alta - Media	61,5% - 29,2%	
Ansiedad rasgo	Bajo	100%	Alta - Media	59,4% - 40,6%	
Depresión estado	Menor de 70	66,70%	Mayor de 70	63,5%	
Depresión rasgo	Menor de 70	77,80%	Menor de 70	52,1%	

Fuente: Uribe-Rodríguez, Martínez-Ramírez & López-Romero, 2012.

Como se muestra en la tabla 2, el 93,73% de los evaluados presentan una puntuación significativa en ansiedad, es decir, mayor que lo indicado con probable sintomatología depresiva. En este caso, se encuentran ciertas variaciones entre el grupo ansiedad estado y ansiedad rasgo, puesto que divergen las frecuencias porcentuales en edad, escolaridad, estrato socioeconómico, estado civil antes y después de la captura, frecuencia de visitas, sustancias psicoactivas consumidas y edad de la primera transgresión normativa considerada delito. En el caso específico de la ansiedad estado se encontró ausencia de depresión estado en un 66,7%, y 77,8% de depresión rasgo; debido a su reciente aparición y el tiempo de condena cumplido, puede tratarse de problemas de adaptación. De manera distinta, el grupo con ansiedad rasgo presentó un 90,7% de ansiedad estado, 63,5% de depresión estado, con ausencia de depresión rasgo en un 52,1%.

Si bien en la mayoría de casos las frecuencias porcentuales no abarcan la totalidad de la población,

estas indican el grupo de personas que comparten una característica social, psicológica o penitenciaria, como los altos índices de rasgos depresivos y ansiosos, que señalan la antigua tendencia (previa a la captura) a presentar tal sintomatología. De forma similar, se evidencian algunos aspectos que se deben tener en cuenta por su prevalencia y la capacidad de atenderlos, como el consumo de sustancias psicoactivas, tipo de delito y nivel de escolaridad.

Discusión y conclusiones

Es importante aclarar que los resultados obtenidos no pertenecen a un examen diagnóstico, se trata del punto de partida para dirigir esfuerzos clínicos efectivos. De igual forma, los datos cuentan con las características del instrumento, demostrando una tendencia a presentar sintomatología de considerable atención, lo cual, de acuerdo con lo encontrado, se trata de más de la mitad de los evaluados. En este

punto, la variación entre los índices de estado y rasgo difiere de lo sugerido en otros estudios (Ruiz, 2007; Muro de Araujo & Paino, 2008) sobre la depresión y la ansiedad como efectos del encarcelamiento; es decir, solo el 16,07% de la muestra indica la manifestación de estos síntomas en el momento de la evaluación, sin que a lo largo de su vida, anterior a la experiencia de encarcelamiento, fuesen habituales dicho conjunto de experiencias anímicas. Mientras que aquellos con rasgo depresivo comprenden el 43,68%, lo que sugiere un conjunto de experiencias y configuraciones previas a su situación actual, que promovieron el posible desarrollo de una patología. De manera similar, los resultados no concuerdan con lo que advierten Agudelo, Casadiego & Sánchez (2008), cuando señalan una mayor manifestación de síntomas depresivos como estado rasgo; sin embargo, lo enunciado por ellos se refiere a una población distinta a la del presente estudio. Cabe resaltar lo evaluado por Torres de Galvis (2000), quien encontró prevalencia de depresión a lo largo de la vida, es decir, rasgo depresivo en un 19,6% de la muestra colombiana, resultado también menor que el 43,68% de rasgo depresivo encontrado en este estudio.

La depresión es considerada como uno de los trastornos más complejos, puesto que sus niveles de peligrosidad son reflejados en su tendencia a la discapacidad, que, como lo expresan López, Mathers, Ezziati, Jamison & Murray (2006), ocupa el primer lugar de causalidad a nivel mundial. Por su parte, Mojica, Sáenz & Rey-Anaconda (2009) encontraron relación entre un índice de depresión moderada y riesgo suicida en internos de establecimientos penitenciarios colombianos. Adicional a esto, es necesario analizar que los sujetos con depresión estado, al igual que aquellos con depresión rasgo, puntuaron prevalentemente la presencia de ansiedad estado y rasgo. Al respecto, Beekman et al. (2000) han manifestado que es más alto el porcentaje de trastorno depresivo mayor que cumple criterios para trastorno de ansiedad generalizada (47,5%), que al contrario (26,1%). Lo encontrado es similar, pero esto no indica que sea la única manifestación de esta comorbilidad. Lo que sí debe afirmarse es la presencia de personas en el programa con probable deterioro en las diferentes esferas de su vida, que al no recibir atención clínica o psiquiátrica, difícilmente puedan cumplir las expectativas del sistema de justicia y lograr la resocialización.

Por otro lado, los que presentaron sintomatología de ansiedad conforman el 93,73% de diversa manera. Aquellos con ansiedad estado comprenden el 8,035%, frente al 85,70% con rasgo; esto con-

firma lo que Agudelo, Casadiego & Sánchez (2008) aseveran al mencionar mayores casos de rasgo que de estado. Este tipo de resultados apoyan lo señalado por Bousoño (2003), en cuanto a la alta reincidencia de los síntomas de este trastorno. La prevalencia también aporta a lo que el Ministerio de Protección Social (2003) reporta sobre la mayor frecuencia de ansiedad seguida de la depresión. Si bien los trastornos de ansiedad han sido menos estudiados, en comparación con el trastorno de depresión mayor, su implicación en la salud mental del grueso de la población va ganando importancia. Además, el manejo del estrés y la ansiedad para manifestarla de manera no patológica, es claramente necesario en el mundo actual, aun con más pertinencia en contextos como los que han crecido y socializado gran parte de las personas que se encuentran en el establecimiento, ya que su nivel socioeconómico es susceptible de presentar situaciones de vulnerabilidad tanto física como psicológica. Lo expresado cobra importancia cuando autores como Ayers, Sorrell, Thorp & Wetherell (2007) mencionan la pérdida de la calidad y vida en personas con ansiedad e incluso cuando Jadue (2001) advierte la generación de dificultades motivacionales y de desempeño o rendimiento, llegando a lo que Martínez (2003) ha manifestado como carácter incapacitante de dicho cuadro clínico.



Premisas de este tipo deben ser complementadas con las características prevalentes de la población, como es el caso del consumo de sustancias psicoactivas, hallado en un 74,10%. Ordóñez & Ruiz (2008) encontraron relación entre estas conductas y el riesgo suicida, caso similar a lo enunciado en el DSM IV (APA, 1995) como trastorno depresivo mayor inducido por sustancias. Así como las conductas de consumo suelen ser altas en estos grupos, algunos establecimientos reportan menor porcentaje, como lo demuestran Ruiz, et al. (2002) en cinco centros penitenciarios de Colombia, donde un porcentaje muy parecido expresó no consumir SPA. Es preciso anotar también que en ese estudio se refirieron en gran medida a los internos de la cárcel La Picota, en Bogotá, quienes se encuentran en diferentes condiciones. De igual forma, tanto el consumo como el síndrome de abstinencia son factores que deben tenerse en cuenta en poblaciones con manifestaciones depresivas, sobre todo cuando la edad media de inicio de consumo es de 16,26 años. Incluso, vale la pena analizarlo con lo hallado en el rango de edad de la primera transgresión a la norma considerada delito, el cual se halla en un 43,1% entre los 8 y 18 años de edad. Es decir, la adolescencia de estos sujetos constituye un período importante y de riesgo frente a conductas disfuncionales.

Por otro lado, al analizar el estado civil de la muestra total, se conocieron variaciones entre antes y después del encarcelamiento, pues se elevaron los porcentajes de los solteros de 26,8% a 34,8%, los separados de 12,5% a 16,1%, y apareció un único caso de viudez, que puntuó un 0,9%. Acontecimientos como estos pueden verse mezclados con lo que Segovia (2000) señala sobre los patrones de conducta propios del síndrome de “prisionización”, evidenciado en la desproporción reactiva, la autoafirmación agresiva, presente fatalista, síndrome amotivacional y baja autoestima. Igualmente, como manifestaron Agudelo, Lucumí & Santamaría (2008) en un estudio sobre personas internas en un hospital, aquellos que no eran acompañados durante la estancia puntuaron con depresión moderada, aspecto que se debe considerar en el caso del 14,3% de la muestra total, que indicó casi nunca ser visitados, y el 1,8% que no han recibido visita alguna. De forma similar, Rodríguez & Puerta (1997) señalan que es probable el aumento de la prevalencia de depresión en personas que han perdido a su cónyuge o que en el momento se encuentran solteros.

Otra característica que se tuvo en cuenta fue el tipo de delito, que en uno de los casos colombianos la prevalencia estuvo en homicidio y alguna forma de

hurto (Ruiz et al., 2002). En otro, se encontró tanto el homicidio, como Ley 30 (referida a estupefacientes) y delitos sexuales (Mojica, Sáenz & Rey-Anacona, 2009). En este estudio, el hurto también prevalece junto con otros delitos contra el patrimonio económico (hurto o estafa), en un 36,6%, seguido de casos con múltiples delitos de diversa clasificación (16,1%) junto con delitos contra la vida y la integridad personal (15,2%), entre los que se incluye el homicidio. Es decir, los resultados apoyan lo señalado por Ruiz et al. (2002) y Mojica, Sáenz & Rey-Anacona (2009) en estudios realizados en el contexto carcelario colombiano.

Como conclusión, es importante considerar que la depresión y la ansiedad no son características implícitas propiciadas por el encarcelamiento, ya que el porcentaje en el que se presentó depresión o ansiedad estado exclusivamente es muy bajo, respecto al encontrado en rasgo. Asimismo, el 40,25% de la muestra no registró manifestación depresiva alguna, lo cual sugiere indagar sobre las circunstancias que han ido fomentando el desarrollo de sintomatologías a lo largo de la vida de dichos sujetos. Ahora, si bien estas manifestaciones sintomáticas no son imputables al encarcelamiento, sí necesitan del diseño de actividades de intervención que eviten que se vuelva crónica la sintomatología. Mientras los casos de rasgo depresivo y ansioso pueden necesitar tratamiento y seguimiento, los casos específicos de estado deben ser indagados inicialmente como conflicto de adaptación al entorno y a la situación de encarcelamiento.

Por último, tras los notables índices de ansiedad y de depresión, es importante prestar atención al elevado nivel de discapacidad, tal como lo manifiestan Lim, Saderson & Andrew (2000), sobre todo si se presentan juntas. Además, como se mencionó anteriormente, es preciso conocer lo complejo que es este fenómeno, ya que, como enuncian Gómez & Rodríguez (1997), es habitual la alta prevalencia del síndrome mixto ansioso-depresivo, y añaden que en países en vías de desarrollo está sujeto a condiciones socioeconómicas, entre otras variables. Lo referido puede ofrecer pautas para esclarecer los índices de prevalencia en una población de estas características.

Referencias

Agudelo, D. M., Casadiego, C. P. & Sánchez, D. L. (2008). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8 (1): 87-104.

- Agudelo, D. M., Lucumí, L. M. & Santamaría, Y. J. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10): 59-83.
- Agudelo, D. M. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12): 139-159.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12 (4): 525-532.
- Aragonés, E., Gutiérrez, M. A., Pino, M., Lucena, C., Cervera, J. & Garreta, I. (2001). Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Atención Primaria*, 27 (9): 623-628.
- Arroyo, J. M. (2006). Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria. *Norte de Salud Mental* (25): 35-43.
- Asociación Americana de Psiquiatría - APA (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed). Barcelona: Masson S.A.
- Ayers, C. R., Sorrel, J. T., Thorp, S. R. & Loebach, J. (2007). Evidence-Based Psychological Treatments for Late-Life Anxiety. *Psychology and Aging*, 22 (1): 8-17.
- Beekman, A., De Beurs, E., Van Balkom, A., Deeg, D., Van Dyck, R. & Van Tilburg, W. (2002). Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157: 89-95.
- Bousoño, M. (2003). Trastorno de ansiedad generalizada: aspectos clínicos [versión electrónica]. Recuperado el 23 de Octubre de 2011 de: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2732/1/interpsiquis_2003_10444.pdf
- Brown, T. A., Campbell, L., Lehman, C., Grishman, J. & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4): 585-599.
- Campo-Arias, A. & Cassiani, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4): 598-613.
- Crespo, F. A. (2006). Construcción y validación de la escala para medir prisionización caso Venezuela: Mérida, 2006. *Capítulo Criminológico*, 35 (3): 375-407.
- Flint, A. J. (1999). Anxiety disorders in late life. *Canadian Family Physician*, 45, 2672 - 2679.
- Gómez, C. & Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26 (1): 23-35.
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (2005). Resolución 7302 de 2005. Recuperado el 30 de abril de 2011 de: http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46476/r_inpec_7302_2005.html.
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (2010). Funciones de la Subdirección de Reinserción Social [versión electrónica]. Recuperado el 30 de abril de 2011 de: <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/SeccionInpeccomoinstitucion/Funcionreinsercionsocial>.
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (2012). Estadísticas de Población de Internos en Establecimientos de Reclusión y Regionales [versión electrónica]. Recuperado el 15 de octubre de 2012 de: http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_CONTENIDO/NOTICIAS%20Y%20NORMATIVIDAD/ESTADISTICA/ESTADISTICA%20SEPTIEMBRE%2030%202012VERSIONANTERIOR.xls.
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos* (27): 111-118.
- Lim, D., Sanderson, K. & Andrew, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* (3): 139-146.
- Londoño, N., Álvarez, C., López, P. & Posada, S. (2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*, (7), 123 - 136.

López, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T. & Murray, C. (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York: Copublication of The World Bank and Oxford University Press.

Martínez, S. (2003). Trastorno de ansiedad generalizada en ancianos [versión electrónica]. Recuperado el 28 de Agosto de 2011 de: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2730/1/interpsiquis_2003_10446.pdf

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4): 1-16.

Michaud, C., Murray, C., & Bloom, B. (2001). Burden of disease: Implications for future research. *Journal of the American Medical Association*, 285: 535-539.

Ministerio de Protección Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Recuperado el 19 de abril de 2011 de: <http://www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>.

Mojica, C. A., Sáenz, D. A. & Rey-Anaconda, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (4): 681-692.

Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. & Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*, 12 (1): 19-25.

Muro de Araujo, A. P. & Paino, S. G. (2008). Apoyo social y ansiedad: realidad de una muestra de madres presas. En F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña & R. Arce (Eds.). *Psicología jurídica: entorno judicial y delincuencia* (pp. 335-342). Oviedo: Universidad de Oviedo.

Ordóñez, L. S. & Ruiz, J. I. (Dir.) (2008). Suicidio en prisión. En Rodríguez, L. S. & Ruiz, J. I. (Dir.). *Estado del arte en Psicología: Aportes desde la Psicología Jurídica y Clínica al contexto penitenciario* (pp. 74-95)

[versión electrónica]. Recuperado el 2 de abril de 2011 de: <http://extension.upbbga.edu.co/inpec2009/Estudiosprimeraparte/areasdisciplinarias/psicologia.pdf>.

Organización de Naciones Unidas (2006). Desde la prisión: realidades de las cárceles en Colombia. Bogotá: Grupo OP Gráficas S.A.

Rodríguez, C. E. & Puerta, G. (1997). Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26 (4): 273-288.

Rovella, A. & González, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, 17, (1), 179 – 194.

Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazábal, M. L., Morales, S., Sánchez, V. & Páez, D. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología* (011): 99-114.

Ruiz, J. I. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3): 547-561.

Segovia, J. L. (2000). Consecuencias de la prisionización. En Sebastián, V. J. (Coord.). *Cuaderno Derecho Penitenciario*, N° 8 (pp. 3-27) [versión electrónica]. Recuperado el 29 de abril de 2011 de: http://www.icam.es/docs/ficheros/200404130003_6_7.pdf.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1997). *Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.

Spielberger, C. D., Agudelo, D. & Buela-Casal, G. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones.

Torres de Galvis, Y. (2000). Epidemiología de los trastornos psiquiátricos - Estudio nacional Colombia. I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de febrero - 15 de marzo 2000 [citado el día 3 de abril de 2011]. Conferencia 9-CI-C [35 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa9/conferencias/9_ci_ci.htm.