



Depresión en personas reclusas en centros penitenciarios: revisión narrativa

Depression in a prison population: narrative review

Luz Elena Botero Ceballos¹, Gleydis Arboleda Amórtegui², Adriana Marcela Gómez Fernández³,
Mónica García Cardona⁴, Andrés Alonso Agudelo Suárez⁵

Historial del artículo:

Fecha de recepción: 09/11/2017

Fecha de aceptación: 10/11/2018

- 1 Fundación Universitaria del Área Andina, Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social, Especialista en Epidemiología, Especialista en Docencia Universitaria. Bogotá, Colombia
- 2 Fundación Universitaria del Área Andina, Docente tiempo Completo, Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social, Especialista en Epidemiología, Especialista en Docencia Universitaria. Bogotá, Colombia
- 3 Fundación Universitaria del Área Andina, Docente tiempo Completo, Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social, Especialista en Epidemiología, Bacterióloga. Bogotá, Colombia
- 4 Fundación Universitaria del Área Andina, Docente tiempo Completo, Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social, Especialista en Auditoría en Salud, Terapeuta Respiratorio. Bogotá, Colombia
- 5 Universidad de Antioquia, Profesor Asistente, PhD en Salud Pública, Especialista en Administración de Servicios de Salud. Odontólogo, Medellín, Colombia.

Correspondencia: Correspondencia: Luz Elena Botero Ceballos, Terapeuta Respiratorio Fundación Universitaria del Área Andina, Cl. 69 #15-40, Bogotá, Colombia. Teléfono: 3164810784. Correo electrónico: luzelenaboteroc@gmail.com

Como citar este artículo: Botero-Ceballos LE, Arboleda-Amortegui G, Gómez-Fernández A, García-Cardona M, Agudelo-Suárez A. Depresión en personas reclusas en centros penitenciarios: revisión narrativa. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. 2019; 21 (1):23-33

RESUMEN

Introducción: La incapacidad de diagnósticos tempranos, tratamientos y rehabilitación de desórdenes mentales como la depresión en hombres privados de la libertad, precisa recopilar información científica que sirva para el manejo de este grupo poblacional vulnerable a peores consecuencias como lo es el suicidio. **Objetivos y Métodos:** Se realizó una revisión exploratoria (scoping review) que pretende describir el comportamiento de depresión en hombres privados de la libertad, mediante literatura existente, utilizando estudios realizados sobre salud mental, publicados como artículos científicos originales en revistas durante 2007-2017 describiendo las principales características de los estudios incluidos. **Resultados:** Se identificaron 16 estudios usando como indicador principal la depresión, la ansiedad y el suicidio. En Estados Unidos, personas privadas de la libertad con maltrato físico durante la niñez presentan depresión en un 61%, en Europa personas privadas de la libertad sometidas a violencia doméstica durante la infancia presentaron depresión en un 55% y ansiedad 62%, en el Reino Unido, 56% de las personas presentaron signos clínicos de depresión, mostrando relación significativa con las necesidades de salud física insatisfechas de los reclusos. En Chile, el 44% de prisioneros sufrieron depresión grave durante el seguimiento y hubo un alto riesgo de suicidio 47%. **Conclusiones:** La depresión ha sido identificada en estudios sobre salud mental a nivel mundial, siendo esta una condición que se relaciona no solo con el encarcelamiento de los hombres, sino también con determinantes sociales de los mismos, tales como la edad, los traumas en la niñez, dificultades económicas, necesidades de salud insatisfechas, falta de apoyo social y emocional, entre otros, cuyas consecuencias elevan las tasas de muertes autoinfligidas.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, prisioneros, depresión, ansiedad, suicidio. (DeCS)

INTRODUCCIÓN

Una de cada 4 personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, es decir unos 450 millones de personas en todo el mundo. Estas enfermedades son el 40% de las enfermedades crónicas y su repercusión en la calidad de vida es mayor que el de otras enfermedades crónicas como son las enfermedades cardíacas o la diabetes (1). En personas privadas de la libertad los trastornos mentales más comunes son: depresión, ansiedad, psicosis, trastorno de personalidad y abuso de sustancias, e incremento del riesgo de suicidio. La

ABSTRACT

Introduction: The inability of early diagnoses, treatments and rehabilitation of mental disorders such as depression in inmates needs to gather scientific information that serves to manage this vulnerable population group to avoid consequences such as suicide. **Objective and Methods:** An exploratory review was conducted (scoping review) with the aim to describe the behavior of depression in people deprived of freedom, through existing literature, using studies on mental health, and published as original scientific articles in journals during 2007-2017. We described the main characteristics of the included studies. **Results:** Sixteen studies were identified using depression as a main indicator and others as anxiety and suicide. In the United States, inmates with physical abuse during childhood have depression by 61%. In Europe people deprived of freedom faced to domestic violence during childhood had depression in 55% and anxiety 62%. In the United Kingdom, 56% of people showed clinical signs of depression, showing a significant relationship with the unsatisfied physical health needs of inmates. In Chile, 44% of prisoners suffered severe depression during follow-up and there was a high risk of suicide (47%). **Conclusion:** Depression has been identified in mental health studies worldwide, being a condition that is related not only to the imprisonment of men, but also with some "sociodemographic" characteristics of them such as age, traumas of the childhood, unsatisfied health needs, lack of social and emotional support, among others, highlighting significant associations with fatal consequences such as suicide.

KEY WORDS: Mental health, prisoners, depression, anxiety, suicide. (MeSH)

prisión es utilizada como recurso asistencial para enfermos mentales que cometen algún delito (2).

El factor de encarcelamiento multiplica la tasa de suicidio en todos los países y constituye una causa común de muerte en prisión. Tal situación también puede cuestionar responsabilidades profesionales e institucionales. Según un informe del Consejo de Europa, en 2004, la tasa de suicidio en prisión para el conjunto de países de su ámbito fue de 88/100.000 (3). La Organización Mundial de la Salud -OMS- asesora a gobiernos sobre políticas carcelarias, velando

por la dignidad de prisioneros con trastornos mentales (4). Esta organización reporta varios elementos que ocasionan efectos negativos en la salud mental de prisioneros, entre ellos está la relación del estado mental y el consumo de sustancias psicoactivas (5) también hacinamiento, las condiciones salubres, el origen socio-cultural (6).

Dentro de los trastornos mentales de mayor incidencia, estudios españoles señalan que el 25 % de la población de presos preventivos, presenta de cuatro o cinco trastornos psiquiátricos comórbidos, identificando en grupos específicos de reclusos una alta prevalencia de trastornos de personalidad con abuso o dependencia de alcohol y drogas, asimismo, se encuentran altos niveles de depresión mayor, trastornos de ansiedad, episodios maníacos, esquizofrenia (7, 8).

En países occidentales se encuentran tendencias similares; en Estados Unidos el suicidio es la tercera causa de muerte en las prisiones y la segunda en los centros de detenidos; en Canadá se señala que la tasa de suicidio en prisión es tres veces superior a la de la población general, y en centros de detención de Buenos Aires también son numerosos los suicidios. Aunque en Colombia son pocos los estudios realizados en esta área, resulta preocupante que en centros penales el suicidio sea una de las principales causas de muerte violenta. Se revela el intento de suicidio o autoagresiones en el 0,3% del total de la población en las 139 cárceles del país (9).

Con esta revisión se pretende describir el comportamiento de la depresión en prisioneros, mediante la literatura existente, ampliando los campos de investigación en salud pública.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión exploratoria de la literatura *-scoping review-* (10) en estudios que evalúan la depresión en personas privadas de la libertad. Manchado Garabito et al han definido este tipo de revisión como un proceso de mapeo de la literatura o la evidencia científica sobre un tema en cuestión y se utilizan los mismos pasos de una revisión sistemática, aunque la evaluación de la calidad de los estudios no es una prioridad y la pregunta de investigación es mucho más amplia (11).

Para esta revisión se consideraron: 1) estudios enfocados en determinar la relación de la depresión con el encarcelamiento, 2) estudios cuyo objetivo fue analizar la salud mental de los hombres privados de la libertad, contemplando dentro de sus variables la presencia o ausencia de depresión. Se descartaron estudios de revisión, cartas al editor, artículos

de opinión, informes institucionales y otros tipos de artículos no originales de investigación.

Para esta revisión se tuvieron en cuenta estudios disponibles en bases de datos internacionales sobre literatura en ciencias de la salud: PubMed, LILACS, EMBASE, SCOPUS y COCHRANE. El periodo de búsqueda estuvo comprendido entre 2007 y 2017 (criterio de actualidad en información científica). Para la recuperación de los artículos se utilizaron diferentes combinaciones de búsqueda incluyendo descriptores en ciencias de la salud y términos libres. A manera de ejemplo, la ecuación utilizada para PubMed fue: (((mental health) OR "Mental Health"[Mesh])) AND (((("Prisoners"[Mesh]) OR prison inmates) OR inmates) OR prisoners) Filters: published in the last 10 years; Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years. Esta combinación fue adaptada a las otras bases de datos con el fin de buscar la mejor evidencia disponible. También se recurrió a búsquedas manuales y revisión de la sección de bibliografía de los artículos para recuperar otros artículos que podrían incluirse en esta revisión. Se incluyeron artículos en español, inglés y portugués.

El proceso de cribado de los artículos fue realizado por el grupo investigador, con el apoyo de un asesor metodológico con experiencia en revisiones sistemáticas (quien es coautor de la presente revisión). La búsqueda arrojó un resultado de 2551 artículos potencialmente elegibles, de los cuales se excluyeron 2535 luego de hacer lectura de los resúmenes y textos completos (este proceso se describe con detalle en la Figura 1). De los textos completos se extrajeron las siguientes variables: primer autor, lugar del estudio, tipo de estudio, tamaño de la muestra, tipo de población e indicador utilizado. Se realizó un análisis descriptivo de los artículos seleccionados de acuerdo con los principales indicadores de salud mental considerados en esta revisión.

Teniendo en cuenta los requerimientos éticos para investigación documental, se protegen los derechos de autor, citando apropiadamente el documento de acuerdo con los requisitos uniformes para presentación en revistas biomédicas (12). Este estudio hace parte de una revisión sistemática mucho más amplia la cual está debidamente registrada en PROSPERO (Siglas en inglés para: *International Prospective Register of Systematic Reviews*. Código: CRD42017072038).

RESULTADOS

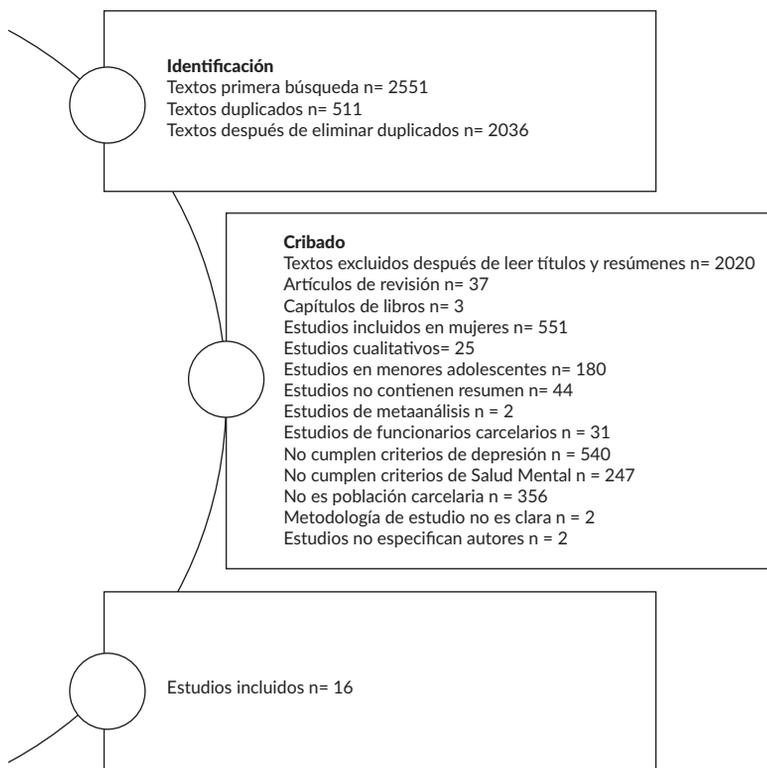
En la Tabla 1 se resumen las características principales de los estudios incluidos en la revisión. Fueron encontrados 16 estudios. El 37% (n=6) corresponde a estudios encaminados

a evaluar la depresión en personas privadas de la libertad, antes y durante el tiempo de encarcelamiento (13-18); Otro 37% (n=6) corresponde a artículos en los cuales la depresión hace parte de las comorbilidades en enfermedad mental y se habla además de las necesidades sociales y en salud de las personas privadas de la libertad (19-24), los demás estudios (n=4) se refieren a efectos de materiales de autoayuda en el manejo de la depresión (25-28). El 50% (n=8) de los estudios fueron realizados en Europa (9,12,13,15,17-19,21). En el periodo 2007-2011 se produjo el 19% de los reportes (n=3) y en el periodo 2012-2017 se produjo el 81% de ellos (n=13).

Atendiendo a aspectos metodológicos, el 88% eran estudios observacionales: descriptivos (15,16,19-21,23-26), transversales (14,17,22), casos y controles (18), cohortes (25) serie de casos (28) y el 12% restante corresponde a estudios experimentales: ensayos aleatorizados simples (25,27). El 44% (n=7) de los estudios utilizaron la depresión como indicador principal de enfermedad mental (13,14,17, 19, 21, 28), el 19% (n=3) utilizaron indicadores de depresión y ansiedad (16,24,27). El 31% utilizaron la depresión y otras comorbilidades de enfermedad mental como ansiedad, ira, estrés (15), ansiedad, relaciones sociales (25), trastorno de estrés postraumático, trastorno por consumo de sustancias, suicidio (22), depresión y suicidio (26), abuso de sustancias (23); el 6% restante utilizó la angustia psicológica.

Los estudios han sido enfocados en población masculina privada de la libertad, en mayores de 18 años fue el 69% (n=11), los demás estudios se enfocaron en grupos de edad específicos como 18 a 50 años (18), entre 20 a 39 años de edad (15), mayores de 45 años (26), mayores de 50 años (20-23) y reclusos de 60 años o más (19).

Figura 1. Proceso de selección de estudios para la revisión de literatura.



Los prisioneros con experiencias adversas durante la niñez y maltrato físico presentaron depresión en un 61% (17), personas sometidas a violencia doméstica durante la infancia presentaron depresión leve a severa en un 55% y otros efectos como ansiedad 62%, estrés 52%, dependencia a sustancias como nicotina, alcohol y narcóticos 64% (15). Delinquentes expuestos a eventos traumáticos y problemas de salud mental pasados fueron más propensos a tener una puntuación positiva para los problemas de salud mental comunes actuales, el 58% presentaron depresión, de los cuales solo el 26% recibió atención médica (21).

En el estudio de O'Hara en 2016, 56% de personas presentaron signos clínicos de depresión, mostrando una relación

significativa con las necesidades de salud física insatisfechas de los reclusos (19). En el artículo de Beyen de 2017, el 44% de las personas presentaron síntomas de depresión asociada significativamente a factores como nivel de satisfacción, creencias sobre la vida después de prisión, plan para cometer suicidio, y falta de apoyo social (14). En el estudio de Hayes en 2012, el 61% de los reclusos presentaron enfermedad mental, siendo la depresión y el abuso de alcohol las más frecuentes (23). Según Sephrmanesh, la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue del 43%, siendo más frecuentes la depresión 28% y los pensamientos suicidas 45% (22), así mismo Baier en 2016, indicó en su estudio, que el 44% de los prisioneros sufrieron depresión grave durante el seguimiento y hubo un alto riesgo de suicidio en el 47% de los reclusos (13). También se mostró

Tabla 1. Resultados de estudios sobre salud mental y depresión (2007-2017)

Primer autor, año	Lugar del estudio	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Tipo de población, grupo de edad en años	Indicador utilizado
Kate O'Hara, 2016 (19)	Reino Unido	Descriptivo	100	reclusos de 60 años de edad o más	Depresión
Alicia Baier, 2016 (13)	Chile	Observacional, Cohortes	79	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión
Kimberly A. Skarupskia, 2015 (17)	Estados Unidos	Transversal	192	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión
Claudia Battaglia, 2014 (18)	Italia	Casos y Controles	74	reclusos mayores de 18 años y hasta 50 años de edad	Depresión
Teresa Kisi Beyen, 2017 (14)	Etiopía	Transversal	649	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión
Susan Baidawi, 2016 (20)	Australia	Descriptivo	173	mayores de 50 años de edad	Angustia Psicológica
Yener Unver, 2013 (15)	Turquía	Descriptivo	685	reclusos entre 20 a 39 años de edad	Depresión, ansiedad, estrés, ira
Alexandros Georgiadisa, 2016 (21)	Inglaterra	Descriptivo	87	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión
Christian Gold, 2014 (24)	Noruega	Ensayo Aleatorizado Simple	113	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión, ansiedad relaciones sociales.
Zahra Sepehrmamesh, 2014 (22)	Irán	Transversal	180	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión, Trastorno de estrés postraumático, trastorno por consumo de sustancias, suicidio
Rebecca S. Allen, 2012 (26)	Estados Unidos	Descriptivo	94	reclusos mayores de 45 años de edad	Depresión y suicidio
Adrian J Hayes, 2012 (23)	Inglaterra	Descriptivo	262	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión y abuso de sustancias
Derek Kenji Iwamoto, 2013 (16)	Estados Unidos	Descriptivo	123	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión y ansiedad
Lesley Maunder, 2009 (27)	Inglaterra	Ensayo piloto controlado aleatorizado y simple ciego	72	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión y ansiedad
Suzanne Meeks, 2008 (28)	Estados Unidos	Estudio de casos	4	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión
Nicoletta P. Lekka, 2007 (24)	Grecia	Descriptivo	353	reclusos mayores de 18 años de edad	Depresión y ansiedad

una relación marcada entre la depresión y el deseo de morir, ya que personas con limitaciones físicas y afrontamiento negativo hacia la religiosidad, tuvieron mayor deseo de morir apresuradamente (26).

En cuanto a la edad, los reclusos entre 60-69 años, tuvieron mayor probabilidad de presentar trastornos del estado de ánimo y depresión dentro de los centros de reclusión (23), trastorno encontrado en personas de menor edad y a su vez relacionado con el consumo de cigarrillo (24). Baidawi en 2016, en su estudio sobre angustia psicológica, refiere su asociación significativa de los prisioneros mayores con la ausencia de apoyo social, dificultades físicas, aislamiento y rechazo (20).

Se encontraron 4 estudios en los cuales se pretendía evaluar la eficacia de estrategias de autoayuda para tratar y/o prevenir la depresión y ansiedad en los reclusos. En el estudio de Claudia Battaglia en 2014 sobre la efectividad del ejercicio físico, se estableció una relación significativa entre la realización de ejercicio y el mejoramiento de la salud mental, determinando el ejercicio cardiovascular y de resistencia como los más eficientes (18).

La aplicación de musicoterapia fue bien aceptada por los reclusos, aunque la depresión y ansiedad se aumentaron al inicio del estudio y se determinó que la ansiedad era más prevalente (45%) que la depresión (29%) (25). En cuanto a materiales de autoayuda como folletos distribuidos a los reclusos se evidenció que tienen un impacto positivo en la ansiedad, sin necesidad de usar medicamentos (27). Asimismo, las terapias de recreación durante 10 semanas disminuyeron los síntomas depresivos y aumentaron el funcionamiento global en los adultos mayores (28).

Según estudio realizado en el Hospital Estatal Penal de Ankara los trastornos comórbidos psiquiátricos más comunes entre los presos diagnosticados con epilepsia fueron la depresión y la ansiedad, seguidos de trastornos de personalidad, dependencia de sustancias y trastornos afectivos bipolares (29)

DISCUSIÓN

Desde los diversos enfoques investigativos con relación a la salud mental de la población privada de la libertad, esta revisión de literatura buscó enfocarse en la depresión, reportes de su diagnóstico y manejo, además de la relación que han encontrado otros autores entre esta enfermedad y el encarcelamiento, mostrando algunas variaciones en los diferentes lugares donde se ha estudiado.

En todo el mundo, la población carcelaria se está incrementando en alrededor de un millón de personas por década. La mayoría de la población carcelaria mundial se observó en países de bajos y medianos ingresos. Se estima que 450 millones de personas en todo el mundo padecen trastornos mentales o de conducta, especialmente frecuentes en las poblaciones carcelarias (20).

La prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los reclusos varía notablemente: 80% en Australia, 57.2% en Irán, 55.4% en Sudáfrica, 51.4% en Turquía, 43% en Nigeria, 63.1% en Zambia, 63% en Inglaterra y Gales, 44% a 74% en Australia y 64% a 73% en US. En Nigeria, la prevalencia fue del 57% entre los hombres presos. En la India, el 56.4% de los presos padecían enfermedades psiquiátricas, excluyendo el abuso de sustancias (30).

En esta investigación se determinó que un 37% de los estudios incluidos en el análisis, evaluaron el nivel de depresión de los reclusos antes y después de su periodo de reclusión, varios autores han encontrado una relación entre las enfermedades mentales y el encarcelamiento, específicamente depresión y en algunos casos intención suicida y se establecen asociaciones como por ejemplo la relación directa entre el tiempo de reclusión y ser católico con el aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en la población privada de su libertad.(31).

Una investigación realizada en la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil con 497 reclusos encontró una tasa de depresión de 18.8%, y de 14.4% para trastornos de ansiedad (32). En 7 instituciones penales chilenas, con una muestra de 1008 prisioneros se encontró una prevalencia de 8.3% para trastornos de ansiedad, y 6.1% para depresión mayor, siendo frecuentes en la población más joven el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, trastorno disocial del comportamiento, trastornos afectivos como depresión y distimias y trastorno por déficit de atención (33).

En Estados Unidos la población carcelaria es creciente. Esta revisión exploratoria se suma a la literatura existente mediante el análisis de una gran muestra representativa a nivel nacional de toda la población reclusa de los Estados Unidos. Más de 800.000 reclusos informan tener una o más enfermedades crónicas, y su acceso a la atención médica parece ser deficiente. Los datos también demuestran que las cárceles retienen y tratan a muchas personas con enfermedades mentales que no recibieron tratamiento en el momento del arresto (34).

La etapa inicial del encarcelamiento es el lapso de mayor riesgo (uno a cinco meses) en la aparición del intento suicida (41.7 %), lo que podría explicarse a partir del desajuste afectivo y emocional que fragmenta la vida habitual del interno, en cuanto a sus relaciones interpersonales e intrapersonales, donde hay ausencia de comunicación positiva, y se evidencia el estrés moral y la tensión psicológica (35).

La evidencia científica muestra alta presencia de antecedentes psiquiátricos previos a la entrada a la cárcel. Es de destacar el estudio de la Oficina de Estadística Nacional Inglesa en el que un 10% de hombres y el 14% de las mujeres presentaban algún antecedente que hacían sospechar sintomatología psicótica en el año anterior a la entrada en la cárcel, comparado con el 0.4% de la población general (36).

Según Osasona SO et al, los prisioneros son marginados y privados de los derechos y privilegios que disfrutaban otros ciudadanos en la comunidad. Su separación de las familias, los efectos adversos sobre la salud del entorno carcelario y la incertidumbre sobre el futuro les imponen una carga psicológica que conduce al desarrollo de enfermedades mentales. En este estudio donde participaron 252 reclusos, se encontró que la prevalencia de la morbilidad psiquiátrica general fue del 80.6%, mientras que el 72.6% y el 77.8% resultaron positivos para depresión y síntomas de ansiedad (37).

El tema del suicidio en cárceles tiene mayor impacto que en la población general, en parte por la percepción de riesgo menor en la población carcelaria que en la psiquiátrica y además por el riesgo percibido de ser preso (38).

Con respecto al manejo y tratamiento la revista *American Journal of Public Health* publicó que más de la mitad de las personas que toman medicamentos para las condiciones de salud mental al ingresar a las cárceles, no reciben medicamentos mientras están en prisión. Después de revisar los datos de 14.499 personas en las cárceles estatales y 3.686 personas en las cárceles federales de todo el país, se encontró: el 18% de los presos estaban tomando medicamentos para una condición de salud mental al ingresar, pero solo el 52% 3.686 de ellos en las cárceles federales y el 42% en las cárceles estatales continuaron recibiendo el medicamento mientras cumplían sus sentencias. El 20% de los presos reportaron tener depresión (39).

Entre los reclusos que recibieron medicamentos, el 61% no recibió ninguna otra forma de tratamiento, como asesoramiento o terapia grupal. “Las personas con enfermedades mentales no tratadas pueden tener mayor riesgo de fallas en el tratamiento de rehabilitación

correcional y reincidencia futura después de salir de prisión”, dijo la investigadora principal Reingle, profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas (39). Así mismo, 4 de los soportes teóricos que aportaron a esta revisión, hacen referencia a materiales de autoayuda en el manejo de la depresión, sin embargo, en ninguno de ellos se hace seguimiento a los reclusos participantes por más de un año (25-28).

El 50% de las publicaciones incluidas en esta revisión se realizaron en Europa. Según el comité de Consejo de Europa los trastornos psiquiátricos son la causa más común y coincide con el aumento de la población penitenciaria (40). Otros estudios europeos muestran que el 12% de los presos tienen patologías de carácter psiquiátrico y en Latinoamérica según estudios realizados en Chile se evidenció el deterioro de la salud en general de la población penitenciaria, siendo prevalentes las enfermedades mentales en 14%, patologías del sistema respiratorio y circulatorio en un 35% (41).

En estudio realizado en Ámsterdam, en las cárceles se muestra la relación entre enfermedades mentales, consumo de sustancias y el comportamiento social de los reclusos, en el 14% de los episodios se observaron trastornos mentales o relacionados con sustancias, el 59% obtuvo resultados de abuso de sustancias o problemas de salud mental, el 35% tenía problemas sociales adicionales (deudas, desempleo, vivienda), siendo este aspecto social el segundo indicador como determinante del estado de salud mental, y desencadenante de estados de depresión (42).

La situación de privación de libertad es una de las experiencias más traumáticas que puede vivir una persona ya que conlleva separación familiar, aislamiento, ritmo y horario de vida no elegido y limitación de movimientos. A esto se suman las características del medio penitenciario (saturación, ambiente estresante, convivencia involuntaria, falta de recursos, etc.) que configuran un entorno de riesgo para la aparición de trastornos mentales (43).

Esta revisión exploratoria reporta que el 37% de los artículos incluidos en el estudio, muestran la depresión como parte de las comorbilidades en enfermedad mental y se habla también de necesidades sociales y en salud de las personas privadas de la libertad que concuerda con los aportes publicados por Nwaopara Uche and Stanley Princewill en donde se afirma: “La depresión no tratada en los reclusos es un problema creciente de salud pública, por lo que las intervenciones o la alteración de estos factores conducirán a una reversión de esta tendencia, mejorarán la atención de salud mental

en las cárceles y ayudarán a reducir la carga de morbilidad de la depresión” (21).

En Colombia, dos de cada cinco personas presentan al menos un trastorno mental durante su vida. Este hecho le da al diagnóstico adecuado, al tratamiento y al seguimiento de los problemas de salud mental alta importancia en atención primaria y hace imprescindible el acercamiento a los grupos poblacionales con mayor riesgo. Diversos estudios han mostrado que la población carcelaria constituye un grupo vulnerable-con demandas insatisfechas en atención primaria en salud- y han identificado altos niveles de trastornos depresivos y tendencias paranoicas importantes, sin seguimiento alguno. (44).

Un aspecto a resaltar de los resultados del presente estudio es que el 81% de las publicaciones incluidas se produjeron entre los años 2012 a 2017, siendo esta una buena evidencia que se está dando énfasis a tan importante problemática de salud pública en el mundo.

Teniendo en cuenta que las cárceles son instituciones con un fin de recuperación de los valores en todos los aspectos tanto físico y moral, es importante resaltar que también se encuentra en los lineamientos conceptuales del Plan Decenal de Salud Pública Nacional (PDSP- 2012-2021) (45).

Según la OMS los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada (46-49).

La OMS busca aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales producen cambios en la igualdad, en el acceso a la salud, además, indicar la posible relación de los determinantes entre sí, y evaluar cuáles son los más relevantes en las cárceles del mundo por abordar, y así proyectar modelos de intervención para la implementación de políticas públicas encaminadas en las necesidades de la cobertura en la salud, tanto física como mental, y disminuir la depresión en las personas privadas de la libertad, y buscar la acción en torno a los Determinantes Sociales de Salud (50).

A pesar de que las estadísticas de las últimas décadas han presentado una sobremortalidad masculina alarmante y creciente, esto ha sido apenas problematizado por la epidemiología (51). Es muy reciente el análisis de género de la mayor mortalidad masculina, asociada a problemas de corazón, a ciertos tipos de cáncer (pulmón y próstata) y,

sobre todo, la creciente proporción de muertes violentas: homicidios, accidentes y suicidios (52).

Según diagnóstico del sistema penal acusatorio de Colombia, existe una falta de respeto a los derechos de las personas privadas de la libertad (47). Así mismo, la Defensoría del Pueblo de Colombia, en 2001, expresa que las condiciones del sistema carcelario son deficientes, vulnerando los derechos a la vida e integridad física. En Colombia, reclusos con riesgo suicida sufren desesperanza y depresión (48). Según esto, se debe dar un abordaje más amplio en la prevención de enfermedades mentales, que permita entender la cadena compleja y la red de causalidad, buscando también, incrementar el conocimiento en salud de las personas que están destinadas al cuidado de los reclusos.

La salud pública, busca tener una mirada global de la problemática carcelaria en aspectos sociales y de salud, con todo lo que ello incluye; debe trabajar en la construcción de instrumentos que logren medir y crear planes de mejora continua sobre la problemática, disminuyendo las inequidades entre los reclusos, buscando integrarlos en la participación dentro de la cadena de producción de políticas de bienestar y fortalecimiento de políticas de salud pública (49).

El diseño de políticas públicas, debe estar primordialmente encaminado a crear procesos donde se intervengan los factores susceptibles de modificar en los reclusos como población objeto de estudio, partiendo de un análisis de las causas de la enfermedad mental en este caso, y de la forma como estos factores etiológicos se asocian entre sí, y magnifican las necesidades de tener cambios y de mejorar los aspectos psicosociales (50).

Al ser este estudio una revisión de mapeo sistemático, presenta las limitaciones propias de la metodología, solo se conocen datos que fueron permitidos ser publicados, sesgando la información real. Por otro lado, la heterogeneidad de los estudios no permite establecer una prevalencia de depresión en la población privada de la libertad a nivel mundial. En los artículos revisados no se encontraron guías que permitan unificar criterios frente a tratamientos efectivos de manera continua ni lineamientos que permitan disminuir, tratar y sanar, de ser posible, a esta población para ser incluida en programas que permitan su reincorporación a la sociedad de manera efectiva.

Este estudio permite reconocer que la población carcelaria debe ser incluida en las encuestas nacionales en salud de cada país, con el fin de obtener prevalencias de depresión a nivel mundial y así mismo generar políticas públicas

más aterrizadas a la realidad de dicha población. De igual manera, incentivar investigaciones más enfocadas en depresión como indicador importante de suicidio, que permitan generar estrategias de promoción y prevención en salud en la población carcelaria.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la revisión, se concluye cómo la depresión ha sido identificada en estudios sobre salud mental a nivel mundial, siendo esta una condición que se relaciona no solo con el encarcelamiento de los hombres, sino también con algunas características sociodemográficas de los mismos como la edad, los traumas de la niñez, necesidades de salud insatisfechas, falta de apoyo social y emocional, entre otros, destacando asociaciones significativas con consecuencias fatales como el suicidio.

Al ser la salud mental un tema de interés en salud pública; se recomienda en las cárceles tener convenios de investigación con las universidades y entes territoriales con un enfoque de acción participativa, que tengan en cuenta las percepciones de las personas privadas de la libertad y así poder intervenir a tiempo a quienes lo requieran, aplicando correctivos y generando planes de mejoramiento continuo en pro de su bienestar físico, social y mental.

Los centros penitenciarios deben formular y aplicar protocolos dirigidos a mejorar la calidad de atención en salud, que incluya una revisión inicial de cada preso al ingresar al centro carcelario con el fin de hacer un diagnóstico de su salud mental e iniciar el tratamiento inmediatamente o continuarlo en caso de presentar la enfermedad antes de su ingreso, complementando su manejo con otras actividades psicoterapéuticas y realizando el seguimiento continuo para evitar posibles consecuencias mayores. Dichos protocolos deberían estar inmersos en las políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones de esta población vulnerable.

Otra recomendación es promover actividades lúdicas y de sano esparcimiento, en las cuales los presos se sientan motivados y competitivos a nivel cultural, deportivo, artístico, académico, mejorando su salud mental y logrando en ellos crecimiento personal y una mejor adaptación a su vida carcelaria.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES, CONFLICTOS DE INTERÉS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

- Autor 1-LEBC: planificación del estudio, obtención de datos, interpretación de los resultados y redacción del manuscrito.

- Autor 2-GAA: planificación del estudio, obtención de datos, interpretación de los resultados, planeación y redacción de discusión.
- Autor 3-AMGF: concepción del proyecto original, planificación del estudio, interpretación de los resultados, planeación y redacción de discusión.
- Autor 4-MGC: planificación del estudio, interpretación de los resultados, planeación y redacción de discusión.
- Autor 5-AAAS: planificación del estudio, asesorías y aprobación final del manuscrito.

Los autores declaramos que no existe conflicto de interés para la publicación del presente artículo. Este artículo es producto del trabajo de grado en la maestría en Salud Pública y Desarrollo Social de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Agradecemos a la Fundación Universitaria del Área Andina-Pereira y a la docente investigadora Carmen Luisa Betancur Pulgarín por el apoyo y acompañamiento en este proceso.

REFERENCIAS

1. Ramírez Parrondo R, Arbesú Prieto J, Arrieta Antón E, López Chamón S, Casquero Ruiz R. Promoción de la salud: promoción de la salud mental. *Medicina de Familia-SEMERGEN*. 2016; 42(2): 73-4.
2. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit*. 2011;13(3):100-11.
3. Bedoya A, Martínez-Carpio P, Humet V, Leal M, Lleopart N. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Rev Esp Sanid Penit*. 2009;11(2):37-41.
4. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC). Reclusos con necesidades especiales Serie de Manuales Justicia Penal. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2009
5. Buster M, Dorn T, Ceelen M, Das K. Detainees in Amsterdam, a target population of the public mental health system? *J Forensic Leg Med*. 2014;25:55-9.
6. Niño, ACN, Díaz DC, Ramírez LF. Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Carta Comunitaria*. 2017;25(143):77-88
7. García-Guerrero J., Marco A.. Sobrecapacidad en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. *Rev. esp. sanid. penit*. [Internet]. 2012
8. Martínez EP. ¿Psiquiatría penitenciaria?. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2004;6(3).

9. Medina Pérez O, Cardona Duque DV, Arcila López SC. Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Revista Investigaciones Andina*. 2011;13(23):268-80.
10. Vera Carrasco Oscar. Cómo escribir artículos de revisión. *Rev. Méd. La Paz*. 2009;15(1):63-69.
11. Manchado Garabito R, Tamames Gómez S, López González M, Mohedano Macías L, Veiga de Cabo J. Revisiones sistemáticas exploratorias. *Med Segur Trab*. 2009; 55(216):12-19.
12. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. 'Scoping the scope' of a Cochrane review. *Journal of Public Health*. 2011;33(1):147-50.
13. Baier A, Fritsch R, Ignatyev Y, Priebe S, Mundt, AP. The course of major depression during imprisonment- A one-year cohort study. *J Affect Disord*. 2016;189:207-13.
14. Beyen TK, Dadi AF, Dachew BA, Muluneh NY, Bisetegn TA. More than eight in every nineteen inmates were living with depression at prisons of Northwest Amhara Regional State, Ethiopia, a cross sectional study design. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):31.
15. Unver Y, Yuce M, Bayram N, Bilgel N. Prevalence of depression, anxiety, stress, and anger in Turkish prisoners. *J Forensic Sci*. 2013;58(5):1210-8
16. Woods LN, Lanza AS, Dyson W, Gordon DM. The role of prevention in promoting continuity of health care in prisoner reentry initiatives. *Am J Public Health*. 2013;103(5):830-8.
17. Skarupski KA, Parisi JM, Thorpe R, Tanner E, Gross D. The association of adverse childhood experiences with mid-life depressive symptoms and quality of life among incarcerated males: exploring multiple mediation. *Aging Ment Health*. 2016;20(6):655-66.
18. Battaglia C, Di Cagno A, Fiorilli G, Giombini A, Borrione P, Baralla, F, et al. Participation in a 9-month selected physical exercise programme enhances psychological well-being in a prison population. *Crim Behav Ment Health*. 2015;25(5):343-54.
19. O'hara K, Forsyth K, Webb R, Senior J, Hayes AJ, Challis D, et al. Links between depressive symptoms and unmet health and social care needs among older prisoners. *Age Ageing*. 2016;45(1):158-63.
20. Baidawi S, Trotter C, O'Connor DW. An integrated exploration of factors associated with psychological distress among older prisoners. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2016;27(6):815-34.
21. Georgiadis A, Byng R, Coomber R, Quinn C. The social, relational and mental health characteristics of justice-involved men in the south-west England. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2016;27(6):835-52.
22. Z, Ahmadvand A, Akasheh G, Saei R. Prevalence of psychiatric disorders and related factors in male prisoners. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(1):e15205.
23. Hayes AJ, Burns A, Turnbull P, Shaw JJ. The health and social needs of older male prisoners. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(11):1155-62.
24. Lekka NP, Lee KH, Argyriou AA, Beratis S, Parks RW. Association of cigarette smoking and depressive symptoms in a forensic population. *Depress Anxiety*. 2007;24(5):325-30.
25. Gold C, Assmus J, Hjørnevik K, Qvale LG, Brown FK, Hansen AL, et al. Music therapy for prisoners: Pilot randomised controlled trial and implications for evaluating psychosocial interventions. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2014;58(12):1520-39.
26. Allen RS, Harris GM, Crowther MR, Oliver JS, Cavanaugh R, Phillips LL. Does religiousness and spirituality moderate the relations between physical and mental health among aging prisoners? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(7):710-28.
27. Maunder L, Cameron L, Moss M, Muir D, Evans, N., Paxton R, et al. Effectiveness of self-help materials for anxiety adapted for use in prison-A pilot study. *Journal of Mental Health*. 2009;18(3):262-71.
28. Meeks S, Sublett R, Kostiwa I, Rodgers J R, Haddix, D. Treating depression in the prison nursing home: demonstrating research-to-practice translation. *Clinical Case Studies*. 2008;7(6):555-74.
29. Altınöz AE, Meriç OT, Altınöz ŞT, Eşizoğlu A, Coşar B. Psychiatric disorders comorbid with epilepsy in a prison sample. *Seizure*. 2016;40:133-5.
30. El-Gilany A, Khater M, Gomaa Z, Hussein E, Hamdy I. Psychiatric disorders among prisoners: A national study in Egypt. *East Asian Arch Psychiatry*. 2016;26(1):30-8
31. Lombeyda A, Sontiago F. Factores de riesgo para depresión y ansiedad de internos privados de su libertad del centro de rehabilitación social Guaranda. Tesis de grado; Quito: USFQ; 2015.
32. Pondé MP, Freire AC, Mendonça MS. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *J Forensic Sci*. 2011;56(3):679-82.
33. Maldonado Fuentes, F. Prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente privada de libertad: experiencias nacionales y comparadas. *Ius et Praxis*. 2013;19(1):329-62.
34. Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, et al. The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. *Am J Public Health*. 2009;99(4):666-72.

35. Larrotta CR, Luzardo BM, Vargas C, Rangel NK. Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 2014;56 (1):83-95.
36. Repullo JR. Sanidad Penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja efectividad de las políticas sanitarias en España. *Rev Esp Sanid Penit*. 2014;16(3):103-9.
37. Osasona SO, Koleoso ON. Prevalence and correlates of depression and anxiety disorder in a sample of inmates in a Nigerian prison. *Int J Psychiatry Med*. 2015;50(2):203-18.
38. Bascón Díaz Miguel Jesús, Vargas Girón Virginia. Salud mental en reclusos: un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación. *Anal. Psico*. 2016;32(2):374-382
39. Reingle Gonzalez JM, Connell NM. Mental health of prisoners: identification of barriers to the treatment of mental health and the continuity of medication. *Am J Public Health*. 2014;104(12):2328-33.
40. Arroyo-Cobo, JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit*. 2011;13(3):100-11.
41. Salize HJ, Dreßing H, Kief C. Placement and treatment of mentally ill offenders—legislation and practice in EU Member States. Mannheim (Germany): Central Institute of Mental Health; 2005.
42. Dorn T, Ceelen M, Buster M, Das K. Screening for mental illness among persons in Amsterdam police custody. *Psychiatr Serv*. 2013;64(10):1047-50.
43. Bustamante Navarro R, Paredes-Carbonell JJ, Aviñó Juan-Ulpiano D, González Rubio J, Pitarch Monzó C, Martínez Martínez L et al. Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit* 2013;15(2):44-53
44. Benavides Portilla M, Beitia Cardona P. Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria. *Ciencia & Salud*. 2012;1(1):51-7.
45. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud Guía Conceptual. 2014.
46. Arteaga Pallares C. Salud mental: un objetivo inaplazable. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002;31(1):6-8.
47. Bayona Aristizábal DM, Gómez Jaramillo A, Mejía Gallego M, Ospina Vargas VH. Diagnóstico del sistema penal acusatorio en Colombia. *Acta Sociológica*. 2017;72:71-94.
48. Mojica CA, Sáenz DA, Rey-Anaconda CA. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Rev Colomb Psiquiat*. 2009;(4):63881-92.
49. Heiman HJ, Artiga S. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. *Health*. 2015;20(10):1-10.
50. Bleich SN, Jarlenski MP, Bell CN, LaVeist TA. Health inequalities: trends, progress, and policy. *Annu Rev Public Health*. 2012;33:7-40.
51. Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJ, Lopez AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*. 2001;357(9269):1685-91.
52. De Keijzer, B. “Sé que debo parar, pero no sé cómo”: Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio. *Sex Salud Soc*. 2016;(22):278-300.