



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Educación Social y Desarrollo Humano

Escuela de Desarrollo Humano

Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciada en Psicología

Modalidad

Tesis

Niveles de depresión de las privadas de libertad del Centro Penitenciario de
Llano Marín, Penonomé 2021

Presentado por:

Mendoza, Ana Lorena 8-908-1922

Asesor:

Roberto Bermúdez S.

Panamá, 2022

DEDICATORIA

A la persona más importante en mi vida, mi hija Lia Isabella Quintero Mendoza. Por ser mi inspiración, mi motivación para seguir adelante y ser mejor persona cada día. Por ti y para ti, mi princesa.

A la memoria de mi madre Argelis Mendoza Q.E.P.D.

A mi querida abuela Epifania Mendoza, por enseñarme e inculcarme el camino del bien. Por brindarme su apoyo, cuidados y cariño.

Ana Lorena Mendoza

AGRADECIMIENTO

A la Licda. Yamily Tejedor, Directora del Centro Penitenciario de Llano Marín. Por darme la oportunidad de realizar este estudio en la institución que dirige.

A la Licda. Eyra Palm, psicóloga del Centro Penitenciario de Llano Marín. Por su valioso apoyo y atinadas orientaciones.

Y, especialmente, a las privadas de libertad que participaron en esta investigación. Sin duda alguna, sin su colaboración este sueño no hubiese sido posible.

Ana Lorena Mendoza

RESUMEN

La depresión, siendo un trastorno del estado del ánimo, no sólo afecta el bienestar psicológico de los individuos, sino que también, se caracteriza por la discapacidad que presenta la persona al afrontar su día a día de manera habitual. Es por esto, que las personas privadas de libertad no se escapan de esta realidad latente en nuestra sociedad actual. Este trabajo de investigación tiene como objetivo principal analizar los niveles de depresión que presentan las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín, durante el año 2021. El diseño de esta investigación es no experimental cuantitativo, con un tipo de estudio descriptivo. Para efectos de esta investigación, solo participaron las privadas de libertad que mantienen una sentencia dictaminada por la autoridad competente, siendo este número de 54; se escogieron mediante un muestreo aleatorio simple. Para la obtención de los resultados, se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), por lo que se puede concluir que el 38.89% de las reclusas del Centro Penitenciario de Llano Marín presentan depresión grave, el 31.48% depresión moderada, 12.96% depresión leve y, 16.67% depresión mínima.

Palabras clave: depresión, niveles de depresión, privadas de libertad, centro penitenciario, salud mental.

ABSTRACT

Depression, being a mood disorder, not only affects the psychological well-being of individuals; but also, it is characterized by the disability that the person presents when facing his day to day in a habitual way. This is why people deprived of liberty do not escape from this latent reality in our current society. The main objective of this research work is to analyze the levels of depression presented by the prisoners of the Llano Marín Penitentiary Center, during the year 2021. The design of this research is not quantitative experimental, with a type of descriptive study. For the purposes of this investigation, only those deprived of liberty who maintain a sentence issued by the competent authority participated, this number being 54; They were chosen by simple random sampling. To obtain the results, the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) was applied, so it can be concluded that 38.89% of the inmates of the Llano Marín Penitentiary Center have severe depression, 31.48% moderate depression, 12.96% mild depression and 16.67% minimal depression.

Keywords: depression, levels of depression, prisoners, prison, mental health.

CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCIÓN

Páginas

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.1.1 Pregunta de investigación	12
1.2. Justificación	12
1.3. Hipótesis	13
1.4. Objetivos	13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Aspectos generales sobre la depresión	15
2.2. Trastornos depresivos según el DSM-V	19
2.3. Triada Cognitiva de Aaron Beck	24
2.4. Teoría de depresión por desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy	25
2.5. Salud Mental	28

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de investigación y tipo de estudio	31
3.2. Población o universo	31
3.3. Variables de la investigación	33

3.4. Instrumento de recolección de datos	34
3.5. Procedimiento	35

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis de los datos	38
----------------------------------	----

CONCLUSIONES

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE GRÁFICAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por el poco interés de la persona por realizar sus actividades cotidianas y de una tristeza que va más allá de un cuadro de decaimiento común. Es por esto que, este trastorno afecta de manera significativa a gran parte de la población mundial y es considerada como una de las afecciones que más causa discapacidad laboral, educacional y social. Esta observación por si sola denota la gravedad de esta problemática y las repercusiones de la misma.

El factor de encarcelamiento incrementa la predisposición de padecer trastornos mentales, como la depresión; aunado a esto, se suman las condiciones precarias en las que puedan vivir los reclusos, en cuanto a infraestructura, hacinamiento, sobrepoblación y escasa atención psicológica se refiera.

Este trabajo de grado tiene como título Niveles de depresión de las privadas de libertad del centro penitenciario de Llano Marín, ubicado en el Distrito de Penonomé, Provincia de Coclé. Esta investigación, como principal objetivo, determina los niveles de depresión y la sintomatología presente entre las reclusas del presidio en mención y consta de la siguiente estructura:

Capítulo I: abarca el planteamiento del problema, en donde se incluyen los antecedentes teóricos y la delimitación de la pregunta de investigación. Sucesivo a esto, la justificación y relevancia de este estudio, las hipótesis y los objetivos alcanzados en este trabajo de grado.

Capítulo II: incluye el marco teórico, mediante el cual se sustentan las teorías de distintos autores conocedores y expertos del tema estudiado; como lo son, las generalidades de la depresión, su clasificación en cuanto a tipos, la teoría de Aron Beck llamada la Triada Cognitiva de Beck y, por último, la Teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy.

Capítulo III: comprende el marco metodológico, exponiendo el diseño y tipo de estudio de la investigación, detallando la población de estudio y la muestra seleccionada, se definen las variables y el instrumento utilizado para la recolección de los datos

Capítulo IV: se presenta el análisis de los resultados obtenidos arrojados por la investigación, incluyendo cuadros y gráficas para su referencia y comprensión.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El problema de estudio de la presente investigación, tiene como eje central los niveles de depresión de las reclusas. De acuerdo a Moreno y Blanco (2004), la depresión es una alteración del estado emocional en la cual el individuo que la padece tiende a sentir una tristeza profunda, en donde llega a presentar y experimentar niveles bajos de energía y de desinterés por las actividades cotidianas que, anteriormente, le resultaban placenteras; además, de una notoria apatía y/o desesperanza que no concuerda con su temperamento usual. Como consecuencia, el individuo puede descuidar su higiene personal y alimentaria que con antelación realizaba sin mayor esfuerzo. La depresión suele aparecer en conjunto con síntomas físicos como: sudoración excesiva, pérdida de peso o aumento del mismo, entre otros.

Las enfermedades mentales conforman el 40% de las enfermedades crónicas; y su trascendencia en cuanto al deterioro de la calidad de vida de las personas es mayor al de otras enfermedades crónicas como las enfermedades cardíacas o la hipertensión. (Ramírez et al., 2016).

Según una nota descriptiva titulada *Depresión*, escrita por la Organización Mundial de la Salud en el año 2021, se considera que este trastorno mental “afecta a más de 450 millones de personas alrededor del mundo” y “que una de cuatro personas” padecerá alguna dificultad relacionada con los efectos de la depresión con el paso del tiempo sin importar su edad o estatus social; siendo así, “la principal causa de discapacidad a nivel mundial y aportando, de manera muy considerable, a la cifra mundial general de morbilidad”.

Por lo que, la depresión no solo afecta la salud mental del individuo, sino también el bienestar físico. La Organización Mundial de la Salud (2017), ha reconocido fuertes nexos entre la depresión y otros trastornos y enfermedades no transmisibles. Esto quiere decir que, la depresión facilita la aparición de

padecimientos relacionados con el abuso de sustancias, afectando el comportamiento de las personas que padecen otras enfermedades como, por ejemplo, la diabetes o cardiopatía; siendo así también, un factor de riesgo determinante para el suicidio.

A nivel internacional, en España, la depresión se presenta más en “mujeres (9,2%) que en hombres (4%)”, según cifras de la Encuesta Nacional de Salud, realizada en 2017. Datos arrojados por esta misma encuesta, sitúa a España en el cuarto país del Continente Europeo con más casos de este trastorno mental, llegando a afligir a más de dos millones de habitantes.

Miguélez (2008), en el artículo titulado *Cárceles de la mente*, del Centro de Colaboraciones Solidarias (CCS), también en España, sustenta que:

Casi el treinta por ciento de las personas sin hogar sufren depresión crónica, trastornos bipolares o esquizofrenia, las enfermedades mentales más frecuentes, según estudios realizados en España. En las cárceles se han detectado cerca de dos mil casos de trastorno psicótico, casi el tres por ciento de la población reclusa y más de siete mil personas con patología dual, agravada por el consumo de drogas. Más del tres por ciento de los internos había estado en un centro psiquiátrico antes de entrar en prisión.

Según los datos expuestos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), en México, se estima que “el 9.2% de los mexicanos han padecido un trastorno afectivo en algún punto de su vida y 4.8% en los doce meses preliminares al estudio”. Siendo así, la depresión la principal causante de discapacidad en mujeres y el noveno, en hombres. Cabe destacar que, un Boletín publicado por la Universidad Autónoma de México, hace constar que “15 de cada 100 habitantes padece depresión”, y esta cifra podría ir en aumento ya que algunas personas no cuentan con un diagnóstico clínico y viven muchos años sin el conocimiento de que padecen esta enfermedad.

En el año 2019, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz expuso que, en México por “cada dos mujeres con depresión, un hombre la padece”, y que, las mujeres realizan intentos de suicidio con mayor frecuencia que los hombres, pero ellos sí logran este cometido.

De las cifras compiladas en el informe estadístico del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se explica que en el año 2006 se “atendieron 25,805 pacientes en Consulta Externa, con una sumatoria de 11,069 con diagnóstico de depresión, siendo un 43 % de las enfermedades tratadas”.

Conforme el Departamento de Estadística de la misma institución, la depresión se sitúa dentro de las “diez principales causas de comorbilidad en la población tratada en 2016”.

Por otra parte, una investigación realizada en Costa Rica, titulada *Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19*, realizada por la UNED y la UNA, con el respaldo del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que incluyó una muestra de 6,786 individuos, quienes llenaron un cuestionario en línea, en el lapso de tiempo comprendido entre el 9 al 29 de octubre del 2020, reveló que el “61,0% de la población costarricense posee sintomatología depresiva”.

Los resultados de *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study* (HEROES), estudio liderado en 2020 por la universidad de Chile y la Universidad Nacional de Colombia, con la colaboración y el aval de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reflejan que entre 14,7% y 22% del personal de sanitario encuestado en 2020 manifestaron indicios que permitían sospechar un episodio depresivo, mientras que entre un 5% y 15% del personal declaró que pensó en suicidarse. HEROES consistió en entrevistas a 14.502 trabajadores sanitarios de distintos países de América Latina como Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, México, Perú, Puerto Rico, Uruguay, entre otros; contó con la colaboración académica e investigativa de un gran número de instituciones de los países en mención.

Esta investigación rectifica que no solo la población en general puede llegar a padecer de algún tipo de sintomatología depresiva, sino también los trabajadores de la salud que necesitan de apoyo emocional continuo; siendo así, la preocupación por transmitirle el virus a sus familiares, disparidad con los parientes de los pacientes contagiados y las alteraciones en las labores y competencias usuales, algunos de los agentes importantes que aquejaron la salud mental del personal estudiado.

Aun cuando existen tratamientos conocidos y eficientes para tratar los trastornos mentales, más del 75% de los individuos afectados en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno. Entre los inconvenientes para una atención eficaz se pueden mencionar la carencia de recursos y de personal de atención de salud idóneos, además de la estigmatización asociada a los trastornos mentales. (Evans-Lacko et al. 2018).

Las privadas de libertad no escapan a esta realidad. Se le llama persona privada de libertad a aquella que está recluida en un centro penitenciario o de cumplimiento, a causa de comportamientos socialmente inaceptables que los hace estar en disputa con la ley.

Niño, Díaz & Ramírez (2017) afirman que:

El sistema penitenciario en Latinoamérica presenta diversas características las cuales están influidas por problemáticas que han sido abordadas históricamente y que han tomado relevancia al descubrimiento de la deficiencia de la salud mental en las distintas áreas de funcionamiento del individuo y su respectiva interacción en los establecimientos carcelarios. Tales problemas están ligados a la infraestructura, el hacinamiento y que ello sobrepasa en gran manera la ocupación de dicha institución. Otro aspecto que se ha visto vulnerado son las garantías de los derechos fundamentales y entre estos prestar una atención óptima en salud mental y física. (p. 28)

Como Fraser, Gatherer & Hayton (2009), en su artículo *Salud mental en las cárceles: grandes dificultades, pero ¿hay oportunidades?*, sustentan que la prevalencia de los trastornos mentales es “siete veces mayor” en personas

privadas de libertad que la población en general. En donde se presentan más casos de trastornos del estado de ánimo, como la depresión.

Por lo tanto, también hay estudios que sustentan las cifras de los reos que padecen trastornos mentales previos a su encarcelamiento y que por su condición privativa no pueden continuar con los tratamientos necesarios para el manejo de su condición. Por lo que se considera importante recalcar un estudio realizado en Estados Unidos por Reingle & Connell (2014) titulado *Salud mental de los presos: identificación de barreras para el tratamiento de salud mental y la continuidad de la medicación*, hace constar que:

Alrededor del 26% de los reclusos fueron diagnosticados con una condición de salud mental en algún momento de su vida, y una proporción muy pequeña (18%) estaba tomando medicamentos para su(s) condición(es) al ingresar a prisión. En prisión, más del 50% de los que fueron medicados por condiciones de salud mental al ingreso no recibieron farmacoterapia. Los reclusos con esquizofrenia tenían más probabilidades de recibir farmacoterapia en comparación con aquellos que presentaban afecciones menos manifiestas (por ejemplo, depresión). Esta falta de continuidad del tratamiento es parcialmente atribuible a los procedimientos de detección que no resultan en el tratamiento de un profesional médico en prisión.

Y se considera así, que los reos con enfermedades mentales no tratadas tienen mayor riesgo de no cumplir con el objetivo esencial de los centros penitenciarios que son: la rehabilitación correccional y la reinserción a la sociedad. Esto conlleva a caer en reincidencias luego de salir de prisión.

Tomando esto en cuenta y siendo un aspecto aún más grave, si la depresión no se trata a tiempo y de manera efectiva, posiblemente ocasione la muerte de quien la padece.

Las condiciones de privación de libertad y la situación de encarcelamiento pueden incitar respuestas psicológicas negativas en cadena, producidas por la tensión emocional constante. (Moreno y Guerra, 2018).

En el presidio, las personas privadas de libertad pueden hallarse en un ambiente que se caracteriza por el retraimiento social, aislamiento afectivo, poca privacidad, la monotonía, el fracaso, una nueva escala de valores y de relaciones interpersonales basadas en el recelo. Todo esto, puede producir desarreglos emocionales y psicológicos. (Mancha y Champi, 2016.)

El reclusorio representa situaciones de vulnerabilidad para la persona privada de su libertad. Por consiguiente, esta vulnerabilidad es aún mayor y se acentúa cuando se trata de personas recluidas que, además, presentan problemas de salud mental o emocional. (Javato, 2021).

Además, la fase inicial en la prisión (del primer mes al quinto) es considerada la etapa más difícil de afrontar y es donde más se suscitan las ideas e intentos suicidas; y esto se podría explicar a consecuencia del desarreglo socio afectivo que fracciona la existencia y manera de actuar habitual de la persona privada de libertad, donde se ven reflejadas las tensiones psicológicas a causa de la incertidumbre por su futuro. (Larrotta, Luzardo & Rangel, 2016). Y es que, Bascon & Vargas (2016) mencionan que “el tema del suicidio en cárceles tiene mayor impacto que en la población general, por el riesgo percibido de ser preso” (p. 375).

En Panamá, la depresión es una de las 10 principales causantes de morbilidad médica en el ámbito de salud mental que se llegan a diagnosticar en los Centros de Salud y hospitales del Ministerio de Salud año por año. De acuerdo con el Departamento de Registros y Estadísticas de dicha institución, en el año 2015 se “diagnosticaron 2,148 casos de episodios depresivos no especificados, 452 episodios de depresión leve y 448 de trastorno mixto de ansiedad y depresión”. (Minsa, 2016).

Según un informe publicado por la Defensoría del Pueblo de la República de Panamá, en 2011, titulado *Una mirada al sistema penitenciario panameño*, hace constar que “las condiciones de las cárceles del interior del país, afirmando que las mismas mantienen en común un alto grado de hacinamiento y en consecuencia una inadecuada infraestructura carcelaria”. El documento, que detalla las carencias de esos recintos, hace hincapié en la ausencia “de ventilación y luz natural”, en “las condiciones mínimas de higiene” o en “la proliferación de enfermedades infectocontagiosas” que pueden padecer los reclusos, dado que las garantías médicas son insuficientes. Todos estos factores mencionados coadyuvan a que la persona reclusa perciba sentimientos de desdicha y tristeza latente.

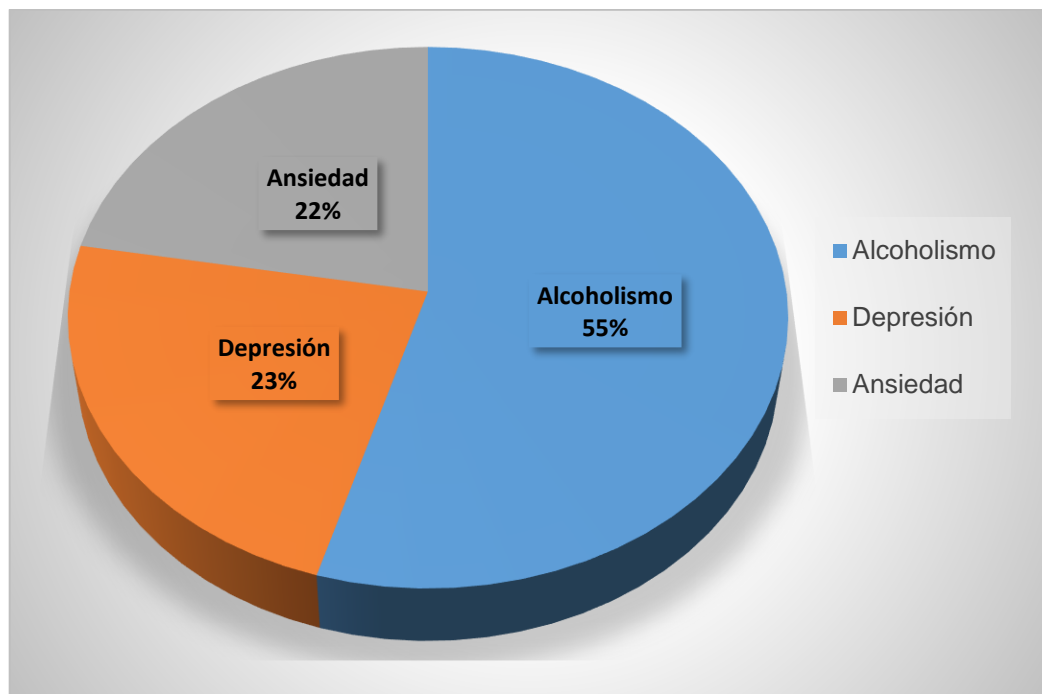
Por consiguiente, dentro de los padecimientos mentales que pueden padecer los privados de libertad está la depresión, que es considerada una respuesta emocional basándose en su nueva realidad de presidiarios, haciendo que la depresión sea perjudicial porque es constante y frecuente. (Virues, 2005).

De acuerdo con Osasona SO et al., (2015) los convictos son despojados de los derechos que disfrutaban las demás personas que conforman la sociedad. La separación de sus familiares y la inseguridad sobre lo que podría pasar en un futuro les infligen una carga emocional que conduce al acrecentamiento de trastornos y/o enfermedades mentales.

Conforme cifras del Ministerio de Gobierno, en su informe titulado *Derechos humanos intramuros: impacto de la pandemia*, hasta el mes de agosto de 2020, en Panamá se presentan “10,814 reclusos con condena dictaminada por la autoridad competente (10,173 hombres y 641 mujeres), lo que representa el 61% y 6,912 están procesados (6,674 hombres y 238 mujeres), lo que representa el 39% de la población penitenciaria”.

Según Rodríguez (2015), hasta ahora, en Panamá, las féminas privadas de libertad han quedado invisibilizadas en la población total de personas detenidas en los centros de cumplimiento en nuestro país. Es justamente el hecho de ser “pocas” - un poco más del 6% del total de población privada de libertad - lo que ha determinado el escaso trato médico y de salud mental que se les ha ofrecido hasta el momento, quedando ocultas o ignoradas en el colectivo mucho más extenso de personas que se encuentran reclusas en centros penitenciarios.

Gráfica n°1. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el sistema penitenciario y carcelario colombiano.

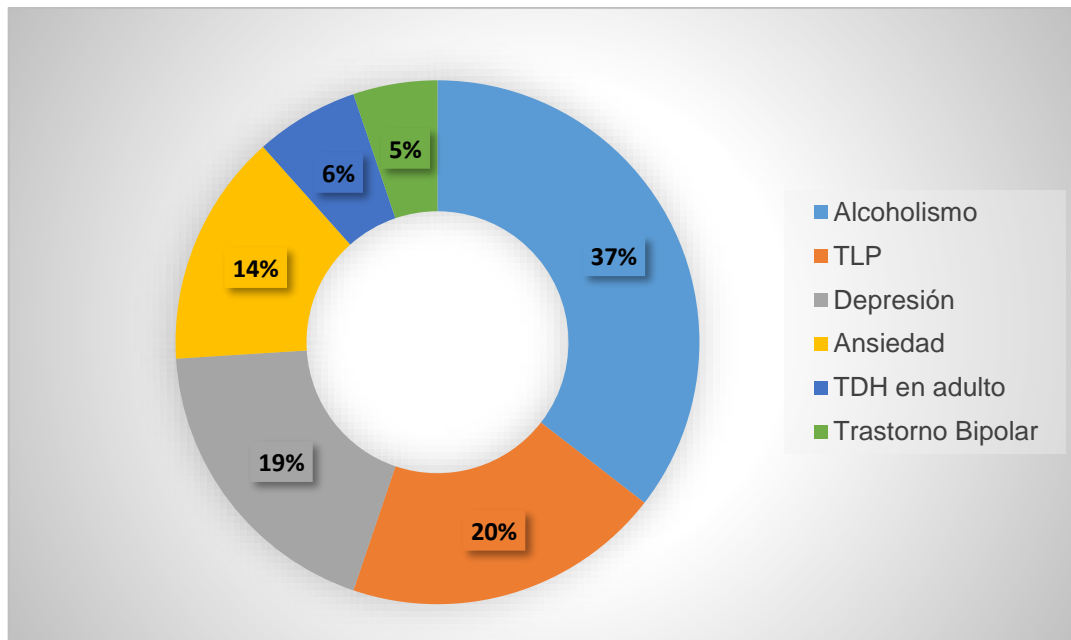


Fuente: Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, Colombia

En la Cárcel La Modelo, Colombia, se llevó a cabo en 2016 el “Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el sistema penitenciario y carcelario colombiano” ejecutado por Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes y la Escuela de Salud Pública de Harvard. En el mismo

se evidenció que el alcoholismo (54 %), la depresión (23 %) y la ansiedad (22 %) son las condiciones con mayor prevalencia.

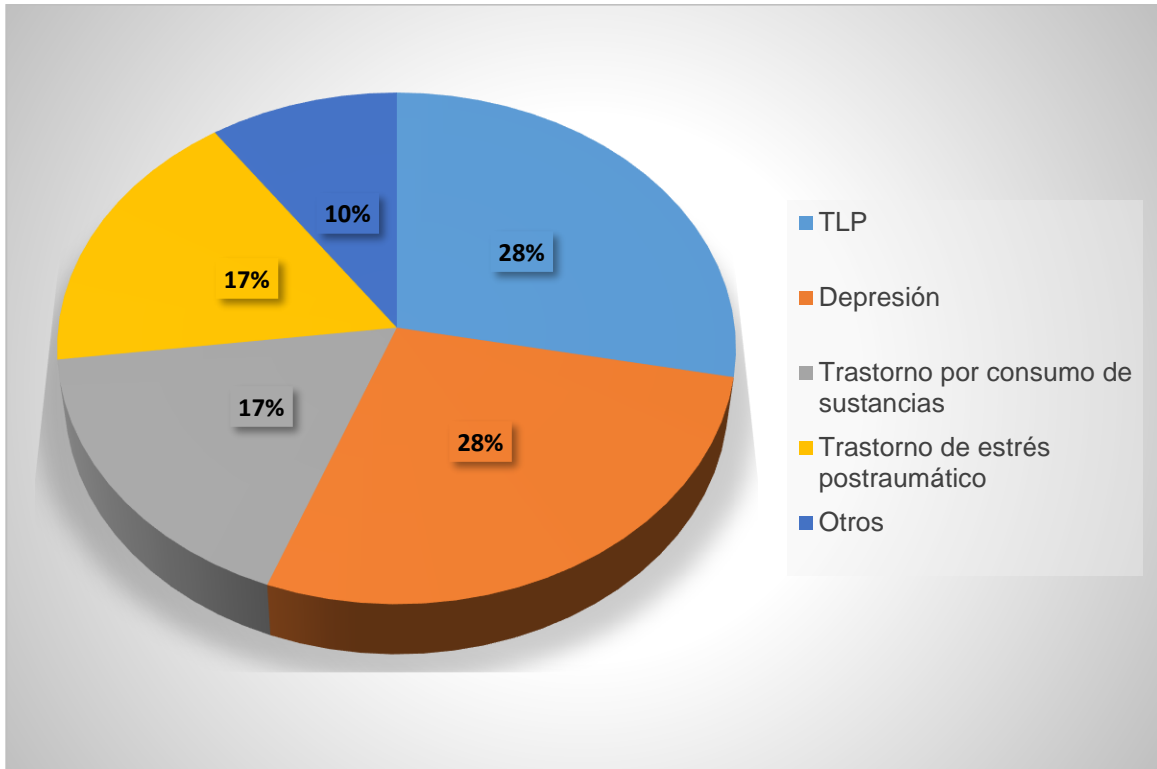
Gráfica n°2. Prevalencia de los trastornos mentales en los presos de ciudad Salvador, Brasil.



Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview, por Pondé, Freire y Mendonça, 2011

Datos del estudio transversal utilizando la versión portuguesa del Mini International Neuropsychiatric Interview, por Pondé, Freire y Mendonça en 2011 titulada “La prevalencia de los trastornos mentales en los presos de la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil” con una participación de 479 reos, se evidenció tasa de depresión de 18.8%, 14.4% ansiedad, 5,2 trastorno bipolar, 19.7 trastorno límite de la personalidad y 35.5% alcoholismo y 6.3% TD en adulto.

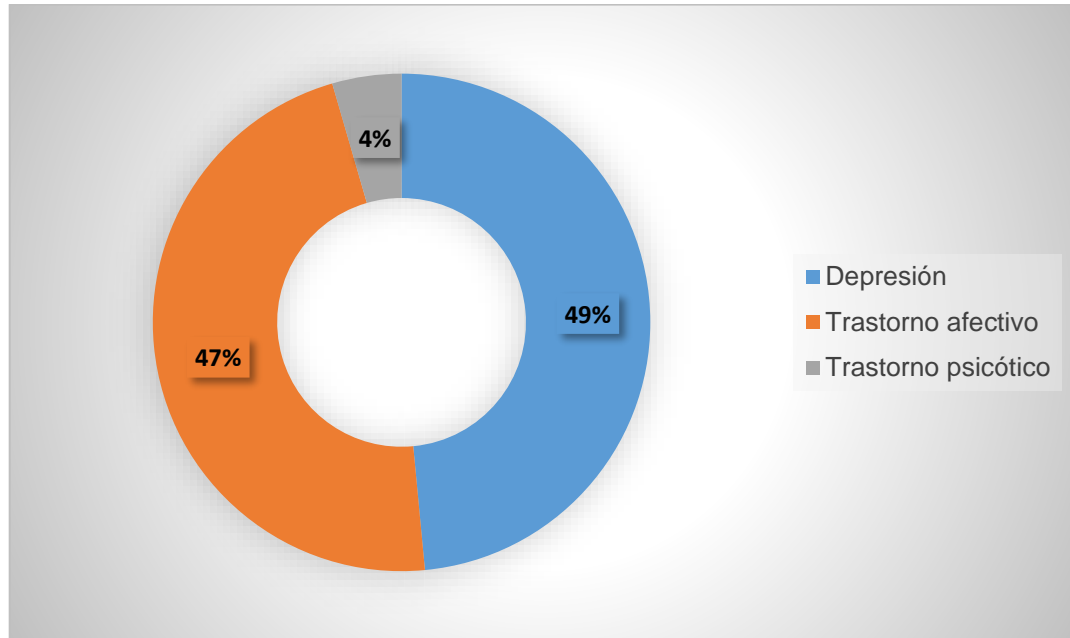
Gráfica n°3. Prevalencia de los Trastornos mentales entre los privados de libertad de Kashan, Irán.



Fuente: Sepehrmanesh et al, 2014

Estadísticas que se muestran en la investigación realizada por Sepehrmanesh et al. (2014), en la Cárcel de Kashan en Irán, con una muestra de 180 personas que fueron escogidas mediante un muestreo aleatorio estratificado. Para la obtención de los resultados se implementó el Cuestionario Lista de Verificación de Síntomas-90-Revisado (SCL-90-R).

Gráfica n° 4. Resultados de estudio realizado en cinco centros penitenciarios en España, específicamente en las ciudades de Cataluña, Madrid y Aragón.



Fuente: Grupo Preca,

Investigación realizada en España por Grupo Preca donde se escoge una muestra aproximada de 707 personas entre las tres ciudades. De los cuales 235 se localizaban en reclusorios de Madrid, 222 en Cataluña y 232 en Aragón. Y fueron escogidos mediante un muestreo aleatorio estratificado. Se utilizó el instrumento de medición SCID-I con su edición española. Cabe resaltar que, en gran parte las presencias de estos trastornos se deben por el consumo desmedido de sustancias psicoactivas que alteran el normal funcionamiento de los procesos mentales.

Los estudios e investigaciones citados en este apartado evidencian, claramente, que este trastorno del estado de ánimo prevalece en muchas partes del mundo, siendo un problema social que se acrecienta a medida que pasa el tiempo.

1.1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál será los niveles de depresión de las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín en el año 2021?

1.2 Justificación

Este trabajo aspira a analizar y determinar los niveles de depresión en personas que por diversas circunstancias están privadas de su libertad. Y es precisamente, que su condición de presidiarias las hace vulnerables a distintos desequilibrios en cuanto a salud mental se refiere.

Esta investigación, dentro de sus propósitos, busca brindar información relevante que sirva como punto de referencia para investigaciones futuras; ya que, en nuestro país existe escasa información, específicamente, sobre la influencia y afectaciones de la depresión entre las privadas de libertad; por lo que, no se cuenta con estadísticas que muestren esta realidad que se vive día a día. Las investigaciones que se encuentran, por lo general, describen las condiciones en las que viven los reclusos, en cuanto a infraestructura se refiere; mas no se toca este tema relevante que abarca la salud mental, por lo que se convierte en una problemática que acarrea consecuencias no solo psíquicas, sino también sociales; entre las que se pueden mencionar, las reincidencias.

Asimismo, al estudiar el panorama sobre las interioridades emocionales de las privadas de libertad se puede llegar, en primer lugar, a comprenderlas para poder brindarles una atención psicológica de calidad, con el fin de colaborar en su proceso de rehabilitación y de reinserción.

Investigaciones como esta, buscan resaltar la importancia de conocer la realidad que viven las privadas de libertad para abordar esta problemática de manera eficiente. Puesto que, es una realidad que en nuestro país existe un apoyo casi nulo por parte de las autoridades en cuanto al contrato de personal para tratar los trastornos mentales en los centros penitenciarios.

Este estudio puede ofrecer la ayuda oportuna para modificar el sistema carcelario de nuestro país y que se vea a la persona que delinque como alguien que puede realizar su rehabilitación en condiciones óptimas, tanto estructuralmente como psíquicamente.

1.3 Hipótesis de la investigación

H1: Las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín con menor tiempo de reclusión, presentan un mayor nivel de depresión.

H0: Las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín con menor tiempo de reclusión, presentan un menor nivel de depresión.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general:

Analizar los niveles de depresión que presentan las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Determinar qué nivel de depresión presentan las personas privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.
- Establecer la relación que existe entre el tiempo de reclusión en el presidio y los niveles de depresión que presenten.
- Identificar qué síntomas se presentan en mayor o menor escala en los diferentes niveles de depresión de las personas privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.

CAPITULO II

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Aspectos generales sobre la depresión

Mackinnon & Mitchell (2011), sustentan que “la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognitivas, fisiológicas y sociales; podrían verse afectadas”.

La depresión se considera un trastorno cuando los síntomas propios de esta enfermedad mental, interfieren con el funcionamiento habitual de las personas, por lo que se considera que existen múltiples factores que aumentan el riesgo de padecer depresión.

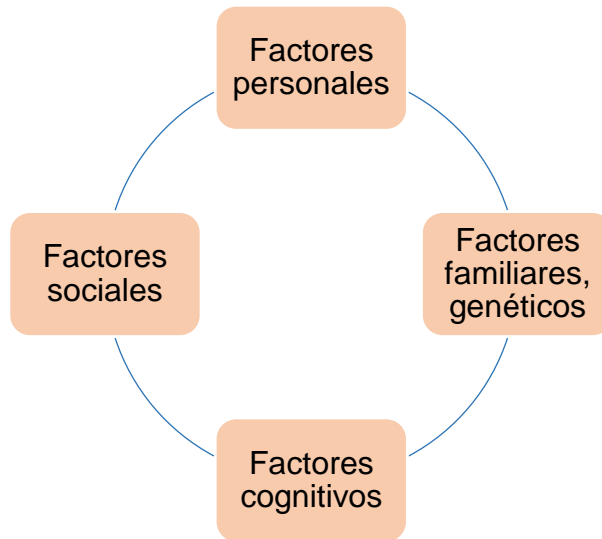
Gálvez (2008), en una entrevista dentro la revista *Y qué?* expone que: “la impotencia de no tener recursos económicos o laborales que satisfagan necesidades, primordialmente desmotiva individualmente a la población. Lleva al individuo a sentirse abandonado, en soledad, de mal humor, y se atenta contra el carácter de las personas”. Estos acontecimientos en conjunto con una desmotivación considerada crónica, hacen que la población tienda a padecer depresión.

Por lo que, este trastorno mental puede manifestarse con base en las características circunstanciales de cada individuo. Rojas (2016) dice que “las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual y asertivo”.

Siendo así, una enfermedad que interpone a gran escala con el estudio, el trabajo, la creatividad y las actividades que con antelación la persona disfrutaba. En consecuencia, las personas, en muchas ocasiones, llegan a aislarse de los demás, presentan comportamientos indiferentes a casi todo y los pensamientos suicidas comienzan a ser más recurrentes. (Navarro, 2019)

Aunque se desconoce las causas concretas de esta psicopatología, según Puyuelo (2013), puede presentarse a consecuencia de:

Figura 1. Causas de la depresión.



Fuente: Puyuelo, 2013

Estudios como los de Bar et al. (2013) fundamentan que las mujeres tienden a padecer de depresión con más frecuencia que los hombres, debido a la reacción que provocan las hormonas en el cuerpo femenino. Por lo que, sostienen que:

Las mujeres tienen más riesgo de depresión que los hombres, y los estrógenos pueden ser una de las razones; pues estos alteran la actividad de los neurotransmisores que contribuyen a la depresión. Muchas mujeres presentan estados de ánimo deprimido durante la fase premenstrual de sus ciclos menstruales. Algunas sufren depresión postparto después del nacimiento de sus hijos. Otras tienen depresión alrededor de la menopausia. Esto se debe a que todos éstos son tiempos en los que disminuyen los niveles de estrógeno.

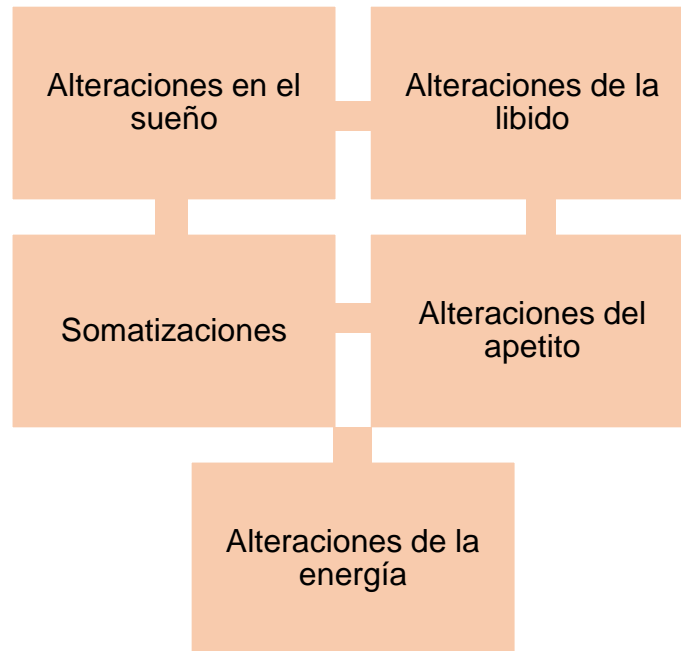
Moreno y Blanco (2004) divide los síntomas de la depresión en síntomas psíquicos y síntomas somáticos. En donde también, resalta el hecho de que estos síntomas varían dependiendo a la edad de la persona y su sexo, es decir, no se presentan en la misma frecuencia y persistencia en hombres y en mujeres.

Figura 2. Síntomas psíquicos de la depresión.

Alteraciones de la afectividad	Alteraciones del pensamiento y lenguaje	Alteraciones del comportamiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Disminución de la autoestima	<input type="checkbox"/> Inibición
<input type="checkbox"/> Llanto	<input type="checkbox"/> Egocentrismo	<input type="checkbox"/> Aislamiento
<input type="checkbox"/> Pesimismo	<input type="checkbox"/> Pensamientos negativos	
<input type="checkbox"/> Apatía	<input type="checkbox"/> Fallos de la atención y de la memoria	
<input type="checkbox"/> Pérdida de interés		
<input type="checkbox"/> Sin iniciativa para realizar diversas actividades		

Fuente: Moreno y Blanco (2004)

Figura 3. Síntomas somáticos de la depresión.



Fuente: Moreno y Blanco (2004)

La depresión es tan vasta que puede variar y en ocasiones, presentarse de distintas formas: “como un síntoma, un síndrome o como una enfermedad”. (Monge, 2012).

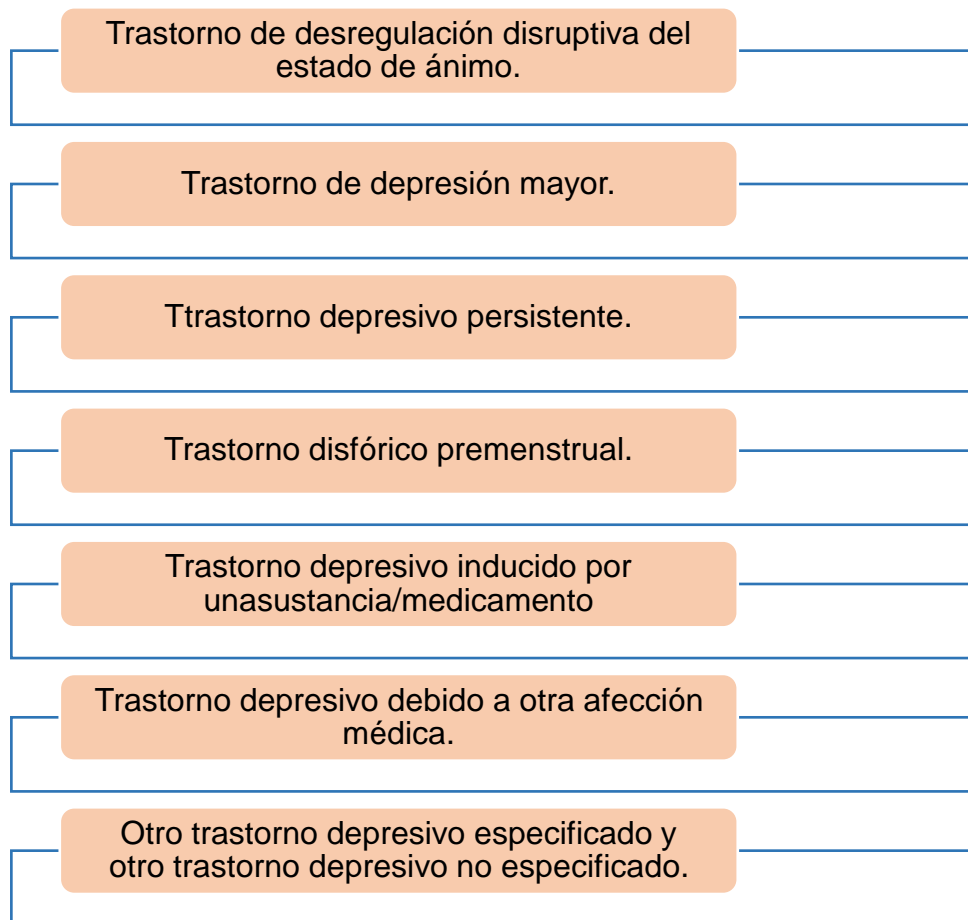
Como es bien sabido, estos síntomas pueden variar en frecuencia y persistencia dependiendo del tipo de depresión que presente la persona. Por lo que es importante determinarlos con base en observaciones clínicas y test psicológicos que avalen los resultados arrojados para dar con un diagnóstico clínico certero.

También es importante estimar la cultura y considerar el entorno social de la persona.

2.2. Trastornos depresivos según el DSM-V

Los trastornos depresivos que acoge el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (2013), se caracterizan en similitud por una alteración significativa del estado del ánimo cambiante y tristeza profunda y se diferencian por la duración y la supuesta etiología.

Figura 4. Clasificación de los trastornos depresivos.



Fuente: DSM-V

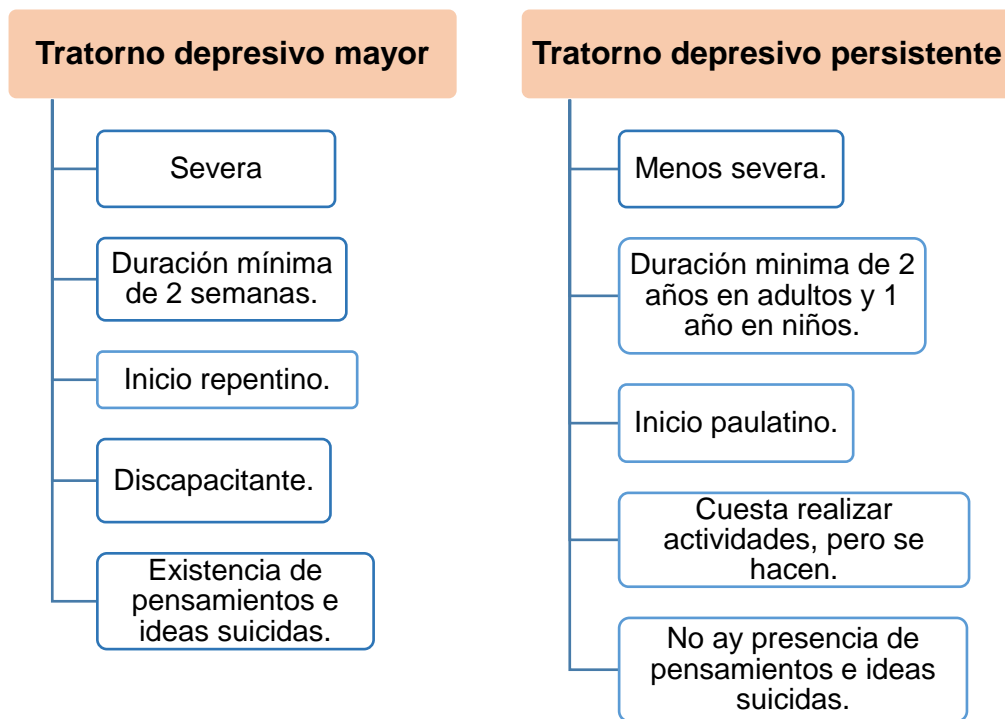
- **Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:** el rasgo principal de este trastorno es la “irritabilidad crónica, grave y persistente”. En donde esta irritabilidad posee dos manifestaciones clínicas particulares; primero, se presentan episodios frecuentes de cólera; y el segundo, son

estados de enfado entre los episodios de cólera. Estas manifestaciones pueden ser conductuales y verbales, también se presenta agresividad hacia objetos o hacia otras personas. Para diagnosticar este trastorno, se debe seguir una serie de criterios que abarcan la durabilidad de los síntomas, por lo menos de tres o más veces a la semana, por un tiempo mínimo de un año; también, se debe presentar en dos ambientes o más, como, por ejemplo, el hogar y el colegio. Esta irritabilidad grave debe ser percibida por todas las personas que conforman en círculo social y familiar, por lo que se debe poner en manifiesto casi todos los días. Siendo así, este trastorno se manifiesta, por lo general, en niños con menos de diez años. Los pacientes pediátricos que padezcan TDAH, pueden presentar también síntomas propios de este trastorno; como, por ejemplo, cuando se les modifican las rutinas.

- **Trastorno de depresión mayor:** trastorno del estado de ánimo que puede afectar a personas de cualquier edad y se presenta cuando los sentimientos de ira, tristeza, frustración (que se consideran parte de un estado de ánimo deprimido) y el desinterés e insatisfacción por realizar las actividades que anteriormente parecían placenteras. se interponen en el diario vivir de la persona, esto se debe manifestar en un tiempo mayor a dos semanas, todos los días y de manera continua. Los primeros síntomas que suelen presentarse son fatiga excesiva y el insomnio; por lo tanto, también se considera sintomatología característica de este trastorno, las ideas suicidas y la pérdida considerable de peso. El riesgo de suicidio es elevado, por lo que las ideas suicidas pueden durar todo el tiempo que se presenten los episodios de depresión mayor. Los pacientes que padecen esta enfermedad, tienden a padecer comorbilidades a consecuencia de ésta; como, por ejemplo, pérdida de las funciones en las áreas físicas y a padecer de otras enfermedades.

- **Trastorno depresivo persistente:** también conocido como distimia. Se caracteriza por presentar síntomas depresivos menos graves que los presentes en el trastorno de depresión mayor; síntomas que, para diagnosticar este trastorno, deber persistir al menos dos años en adultos y uno, en niños. Y como su nombre lo dice, debe ser persistente día a día. Dentro de esta enfermedad, existen factores de riesgo tanto ambientales, como el fallecimiento de uno de los padres o ambos; y factores familiares y genéticos.

Figura 5. Diferencias entre Trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente.



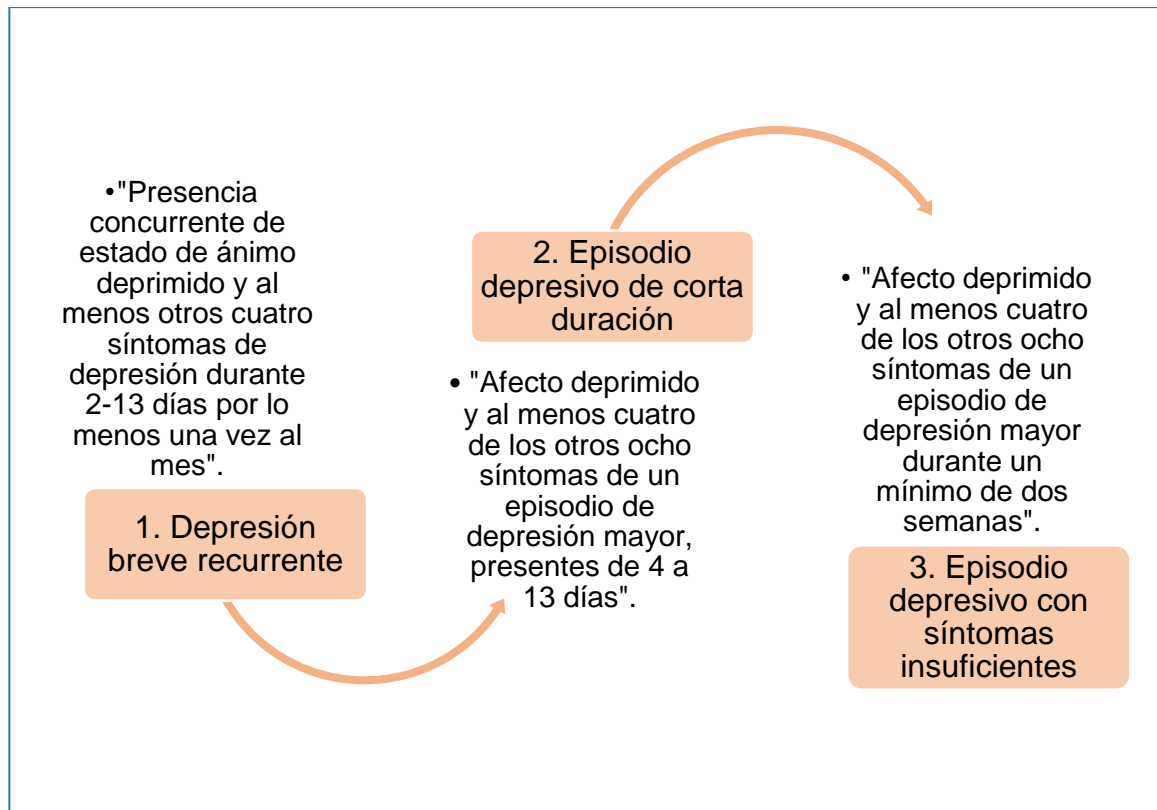
Fuente: DSM-V

- **Trastorno disfórico premenstrual:** la particularidad de este trastorno es la labilidad afectiva y la presencia de síntomas de ansiedad que se reiteran en cada fase premenstrual del ciclo y que cursan desde el inicio de la menstruación o poco después. Los síntomas de éste trastorno pueden ser

tanto físicos como conductuales; y deben haber estado presentes durante la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año; por lo que, deben significar una discapacidad laboral y social para la mujer que lo padezca. Para el diagnóstico de este trastorno depresivo, es necesario tomar en cuenta la cultura de la mujer, sus creencias religiosas y los elementos relacionados con el papel que juega la mujer dentro de la sociedad a la que pertenece.

- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:** predomina un estado de ánimo deprimido, disminución del interés por las actividades que resultaban placenteras anteriormente, a causa del consumo, inyección o inhalación de sustancias, como medicación psicotrópica o drogas de abuso. Los síntomas depresivos de este trastorno tienen una durabilidad prolongada en comparación a los efectos fisiológicos de los medicamentos o al periodo de intoxicación o de abstinencia de las sustancias; por lo que, este trastorno depresivo se debe presentar durante el consumo de la sustancia o medicamento o dentro del mes posterior al consumo del mismo.
- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** como su nombre lo dice, se debe instaurar la presencia de otra afección médica para establecer el diagnóstico de este trastorno. Se necesita una evaluación exhaustiva para poder emitir un juicio clínico. Por consiguiente, la sintomatología depresiva persistente es un estado de ánimo deprimido y el nulo interés en la realización de actividades como consecuencia directa de otra afección patológica.
- **Otro trastorno depresivo especificado:** es utilizado en las ocasiones en las que el especialista en salud mental opta por especificar el motivo por el cual no se cumple con los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo específico. Entre los que se pueden denominar “otro especificado” se encuentra:

Figura 6. Presentaciones que se pueden especificar para trastorno depresivo especificado.



Fuente: DSM-V

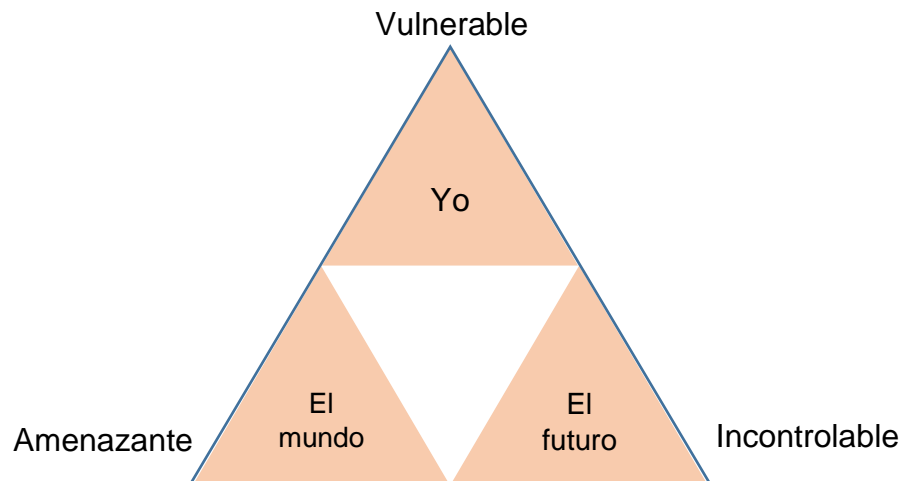
- **Otro trastorno depresivo no especificado:** este apartado abarca las presentaciones en donde predomina la sintomatología depresiva que ocasionan "malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento", pero que no cumplen con las estipulaciones de todos los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos.

2.3. Triada Cognitiva de Aaron Beck

Los autores más relevantes de la Psicoterapia Cognitiva, provenían de la corriente del psicoanálisis, entre los que se destacan Aaron Beck.

Beck propone su teoría de la triada cognitiva, que se basa en el estudio de la depresión desde el pensamiento. (Beck, 1967).

Figura 7. Triada cognitiva de Beck.



Fuente: Abela y Hankin, 2009

Como se observa en la figura 7, esta teoría se consta de tres elementos en los que se basa el autor para basarse en una interpretación propia de la depresión; que son: los pensamientos negativos sobre uno mismo, sobre el contexto actual que le rodea y sobre el futuro próximo.

El componente principal de esta teoría se basa en la visión propia que tiene la persona sobre sí mismo, acompañados de sentimientos de culpabilidad y de supuestos defectos propios que conllevan al auto reproche. (Soto & Ruano 2008).

Por lo que se puede decir que, el sujeto con depresión tergiversa la información que guarda relación con su propia persona e individualidad.

La propia visión negativa de la persona hace que, como sustenta Alladin & Alibhai:

La visión negativa de sus experiencias, en donde considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente. Y, en su visión negativa del futuro, la persona tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista. En los pacientes depresivos el síntoma principal es la desesperanza por eso el futuro se ve como algo tan sombrío.

Los pensamientos negativos se inmiscuyen en todos los ámbitos de la vida y perjudican enormemente a la población que padece algún trastorno depresivo, no solo en las capacidades mentales, sino en la salud física en general. Es por esto que, basados en la Triada Cognitiva de Beck, se relacionan estrechamente con las emociones y las conductas, entre todas existe una influencia recíproca, pero ésta no debe ser entendida como una causalidad.

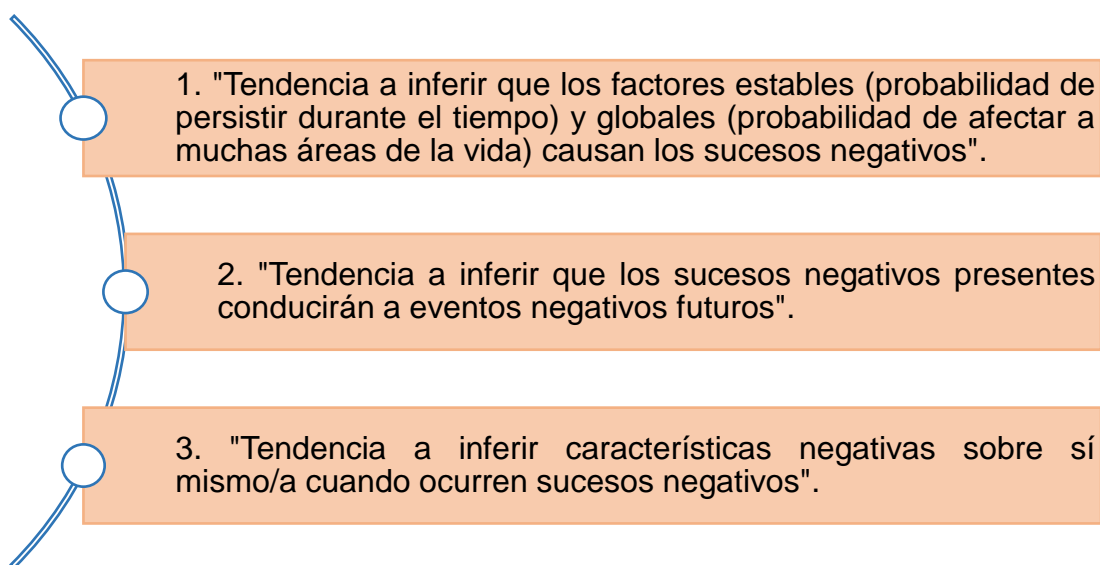
2.4. Teoría de la depresión por desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy

Según el libro titulado *Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes* escrito por Abramson et al. 1997, sustenta que:

La teoría de desesperanza (TD) de la depresión (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) consiste en un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés. De acuerdo con la TD, las personas que poseen estilos inferenciales negativos (es decir, la vulnerabilidad) poseen mayor riesgo que las personas que no exhiben dichos estilos para desarrollar síntomas depresivos, especialmente los síntomas del hipotetizado subtipo de depresión por desesperanza, cuando experimentan sucesos vitales negativos (es decir, el estrés).

Los autores también destacan “tres patrones inferenciales desadaptativos”, que son:

Figura 8. Patrones inferenciales desadaptativos.



Fuente: Abramson et al. 1997

Abramson, Metalsky y Alloy (1997) sostienen que, en la teoría de la depresión por desesperanza se “establece la existencia de una vulnerabilidad de base que facilitando que, al afrontar una situación estresante, la persona pueda caer en una depresión”.

Esta vulnerabilidad puede iniciarse principalmente en el área cognitiva, y, por consiguiente, surgen los estilos inferenciales cognitivos en los que predominan una atribución interna, global y estable para situaciones negativas, así como en el adelanto o anticipo de situaciones y acontecimientos desfavorables a consecuencia de los propios actos. (Abramson, Metalsky y Alloy, 1997).

Dicho esto, la persona no se vale por si misma al momento de afrontar situaciones de la cotidianidad; por lo que, se siente desesperanzado para encontrar soluciones, al percibir de manera negativa las circunstancias de su alrededor.

Al desarrollarse ambos puntos, como es la presencia de un estilo negativo, acompañado de la desesperanza, se incrementan las posibilidades de una enfermedad como la depresión, estos sentimientos se relacionan a otras manifestaciones como son: la tristeza persistente, problemas digestivos o fatiga, estados confusos de autoestima y pensamientos suicidas.

Por lo que, el individuo afligido por esta problemática puede llegar a sentirse y manifestar un estado de inseguridad, pues, aunque haga un esfuerzo en cambiar las cosas no tendrá un impacto positivo en su vida o en su alrededor.

Esta teoría de la desesperanza es tan eficiente en la forma peculiar de abordar los temas de la sintomatología de la depresión, sobre todo en las poblaciones de jóvenes que atraviesan momentos de dificultad, perjudicando mayormente al género femenino.

2.5 Salud Mental

La salud mental es uno de los elementos principales y esenciales que complementa la salud física, es por ello que, la Organización Mundial de la Salud (2022), trae a colación que, “la salud un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Esta misma institución, en una nota descriptiva publicada en el año 2022 bajo el título *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*, señala que:

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

El deterioro de la salud mental también está asociado con cambios en el ambiente social de la persona, estresores laborales, segregación de género, discriminación social o cultural, estilos de vida perjudicial para la salud, riesgo de violencia y violaciones de los derechos humanos.

También hay ciertos factores personales y psicológicos que hacen que una persona sea más susceptible a las enfermedades mentales. Finalmente, la enfermedad mental también tiene, por ejemplo, causas biológicas que dependen de factores genéticos y desequilibrios bioquímicos en el cerebro.

Según Etienne (2018), como directora de la Organización Panamericana de la Salud, señala que:

La investigación es un componente básico para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. La obtención de nuevos conocimientos a través de la investigación hace posible que toda política o decisión se base en datos contrastados y en prácticas óptimas. Por otro lado, la existencia de datos pertinentes y actualizados permite seguir de cerca las medidas aplicadas y determinar los servicios que pueden mejorarse. Actualmente la mayor parte de la investigación en salud mental discurre en países de altos ingresos y bajo el control de estos, un desequilibrio que es preciso corregir para que los países de ingresos bajos o medianos se doten de estrategias costo-efectivas y culturalmente apropiadas para atender a sus necesidades y prioridades en materia de salud mental.

Truffino (2012) asevera que, “la salud mental es el armónico equilibrio entre las diferentes funciones psíquicas, que permite una buena interacción y comunicación con los demás, y afrontar las situaciones enriqueciendo y enriqueciéndose” (p.146).

La salud mental puede llegar a ser un concepto complejo, que se debe concebir su acompañamiento de un especialista en esta rama, para que los individuos puedan obtener una armonía plena en cuanto a sus facultades mentales y físicas se refiere.

CAPITULO III

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de investigación y tipo de estudio

El diseño de esta investigación es no experimental cuantitativo, con la recopilación objetiva de los datos, sin la intención de manipular las variables de manera intencional; puesto que solo se observaron situaciones ya presentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza.


Con un tipo de estudio transversal, ya que se estudió a la población en un tiempo definido; y descriptivo, con el fin de puntualizar las características de la población y así extraer los resultados para su posterior análisis.

3.2. Población o universo

La población a estudiar en esta investigación, son las privadas de Libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín, ubicado en el Distrito de Penonomé, Provincia de Coclé. Hasta el 6 de diciembre de 2021, día en que se aplicó el instrumento de medición, albergaba 64 reclusas.

- Sujetos o muestra:

De 64 privadas de libertad, se tomó una muestra probabilística de 54 reclusas, mediante el muestreo aleatorio simple. Para conocer el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para el cálculo de muestra en población finita:

$$n = \frac{(Z)^2 (N)(p)(q)}{(e)^2 (N - 1) + (Z)^2 (p)(q)}$$


Donde:

$$n = \frac{(3.84) (64)(0.5)(0.5)}{(0.0025) (63) + (3.84)(0.5)(0.5)}$$

n = tamaño de la muestra

$$n = \frac{61.44}{0.16 + 0.96} = \frac{61.44}{1.12} = 54$$

N = tamaño de la población = 64

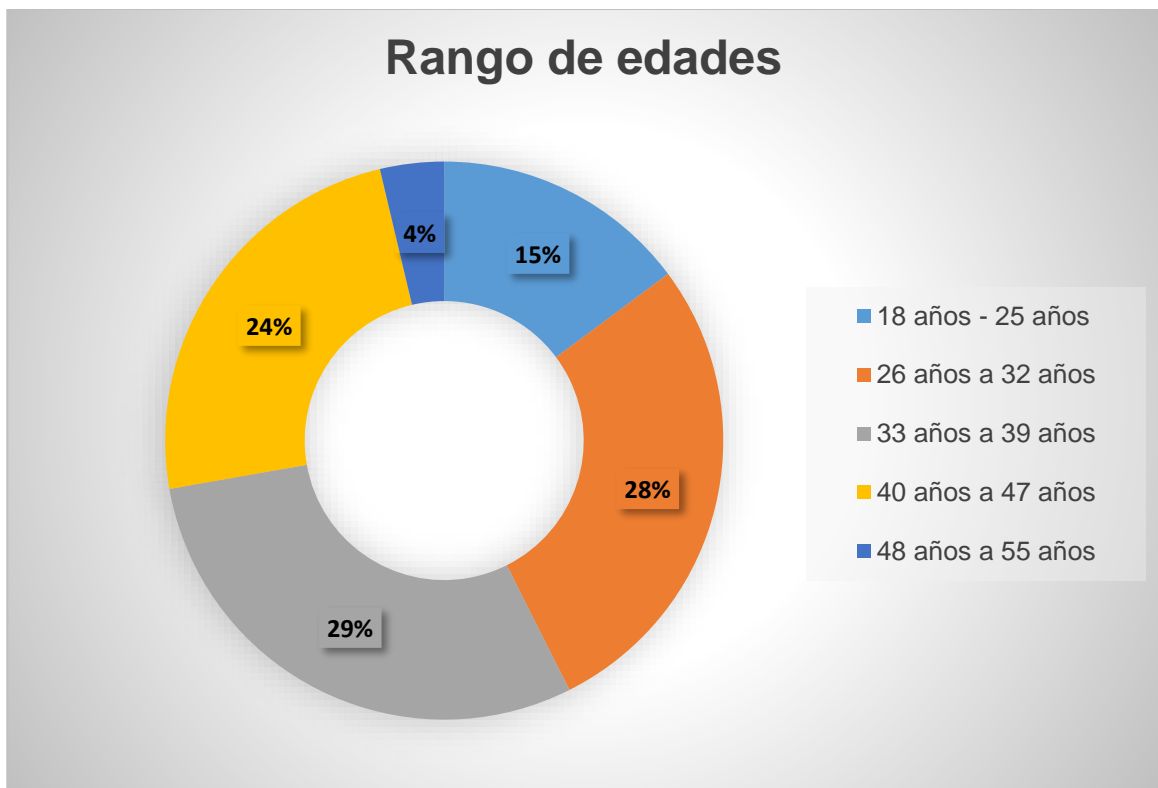
Z = nivel de confianza = 95% = 1.96

p = probabilidad de éxito = 0.5

q = probabilidad de fracaso = 0.5

e = margen de error = 5% = 0.05

Gráfica n°5. Rango de edad de la muestra.



Fuente: Administración del Centro Penitenciario de Llano Marín

3.3. Variables de la investigación

3.3.1 Variable: La Depresión.

- Definición conceptual: la depresión es un trastorno psicológico que se caracteriza principalmente por un estado emocional decaído, acompañado de sentimientos recurrentes de tristeza profunda, en donde se ven afectados el pensamiento, el comportamiento y el nivel de actividad de las personas. Este trastorno es excesivo y persistente más allá de los periodos de desarrollo apropiados.
- Definición operacional: la depresión denota que es un Trastorno del Estado de Ánimo que se manifiesta con variaciones y altibajos a nivel cognitivo, emocional y conductual.

A nivel cognitivo: se manifiesta con la presencia de autoestima baja, pensamientos recurrentes de muerte, pérdida de interés y dificultad para tomar decisiones.

A nivel emocional: se incrementan los indicativos de que la persona presenta tristeza, sentimientos de culpabilidad y de fracaso, irritabilidad persistente, dificultad de sentirse satisfecho, sensación de ser castigado.

A nivel conductual: se caracteriza por llanto constante, inconvenientes al momento de realizar quehaceres y tareas cotidianas (como ducharse), irregularidades en el ritmo de sueño, fatiga excesiva, falta de apetito y disminución significativa del peso corporal.

3.3.2 Variable independiente: Tiempo de reclusión

- Definición conceptual: Según apunta Cuello Calón (s.f.), es el periodo de tiempo impuesto por el Estado, en ocasión y ejecución de una sentencia impuesta, al culpable de una infracción penal.

- Definición operacional: el tiempo de reclusión en Panamá, que se imponga por un solo hecho punible, puede durar desde 30 días hasta 20 años. Los años aumentan con relación al número de cargos por los que la persona esté señalada.

3.4 Instrumento de recolección de datos

Para la realización de este trabajo de grado, se utilizó el test Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996).

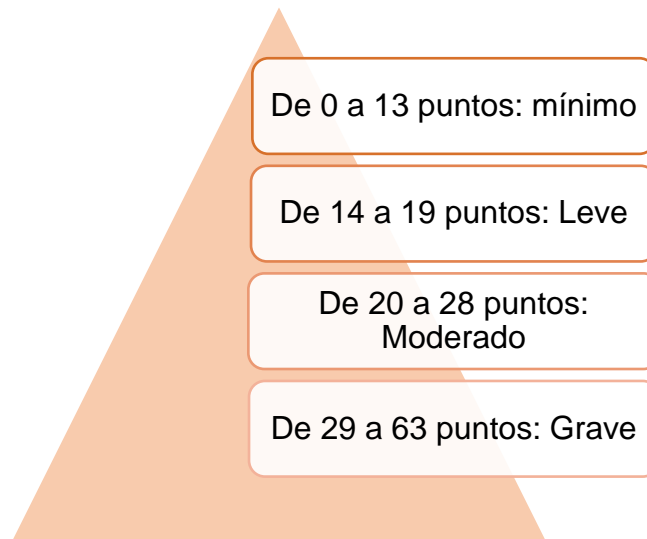
El BDI-II se compone de 21 grupos de afirmaciones o ítems, en donde en cada uno de los ítems el individuo selecciona una frase dentro de un conjunto de cuatro opciones que están ordenadas de acuerdo a la gravedad. Cada opción tiene una valoración de 0 a 3 puntos, con una puntuación que varía entre 0 a 63 puntos.

Este instrumento tiene como fin, medir los síntomas de la depresión en personas con dieciséis años en adelante. Por lo que, es una herramienta que se utiliza como complemento para plantear un diagnóstico clínico de depresión. Cabe resaltar que, este inventario abarca el estado medio de la persona durante la semana anterior a su aplicación, e incluso el mismo día en que se completa el mismo.

Consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad.

Este instrumento de medición psicométrica proporciona cuatro niveles de depresión:

Figura 9. Niveles de depresión del Inventario de Beck.



Fuente: elaboración propia.

- Fiabilidad: alfa de Cronbach, alfa = .93
- Validez: V de Aiken de 0.99

3.5. Procedimiento

- Etapa 1: Se da inicio a elaboración o estructuración del estudio científico. Se delimitan los antecedentes teóricos, la situación actual y la pregunta del problema a investigar. A partir de esto, se exponen los objetivos tanto el objetivo general como los específicos y también se plantean las hipótesis con base en la presunción; para así, comprobar o no los hechos investigados.
- Etapa 2: revisión bibliográfica para la confección del marco teórico, en donde se abordarán los aspectos generales de la depresión, como su clasificación

basándose en el Manual Diagnóstico y Clínico de los Trastornos Mentales (DSM-V), y distintas teorías que sustentan las variables investigadas.

- Etapa 3: confección del marco metodológico. Con el fin de plantear la manera y secuencia en que se lleva a cabo esta investigación. Se desglosa el diseño y tipo de estudio, la población para definir la muestra, el muestreo y las variables estudiadas.
- Etapa 4: aplicación del instrumento para la recolección y análisis de los datos con el fin de discutir dichos resultados y dar pie a la elaboración del proceso estadístico.
- Etapa 5: análisis de los resultados: finalmente, se analizan los resultados con sus respectivas gráficas, y se lleva a cabo la realización de las conclusiones y las recomendaciones para dar fin a la problemática.

CAPITULO IV

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis de los datos

Los resultados que se muestran en este apartado, se obtuvieron por medio de la aplicación del instrumento de medición “Inventario de Depresión de Beck, BDI-II” con la finalidad de determinar los niveles de depresión de las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.

Con la finalidad de darle respuesta al primer objetivo específico de este estudio: Determinar qué nivel de depresión presentan las personas privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín, se muestran los siguientes resultados:

Tabla n°1. Puntuación directa de las reclusas en cada uno de los niveles de depresión.

Puntuación	Mínima	Leve	Moderada	Grave
4	✓			
4	✓			
6	✓			
7	✓			
7	✓			
8	✓			
9	✓			
12	✓			
13	✓			
14		✓		
14		✓		
15		✓		
15		✓		
15		✓		

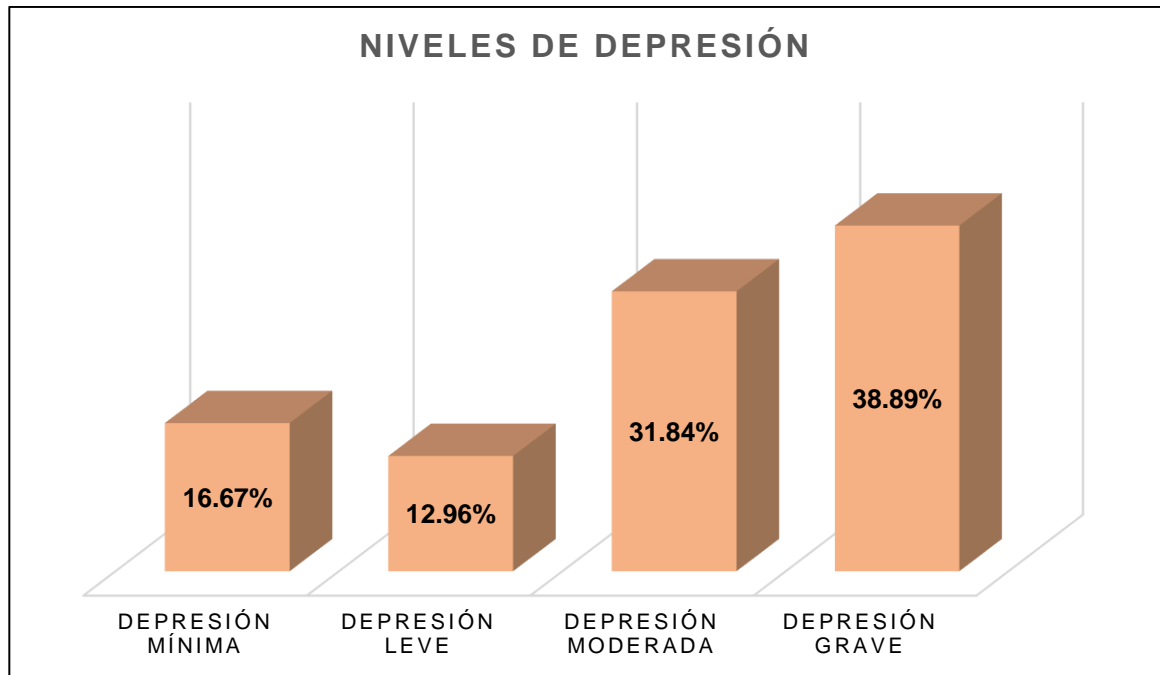
16		✓		
19		✓		
20			✓	
20			✓	
21			✓	
21			✓	
21			✓	
22			✓	
22			✓	
22			✓	
22			✓	
22			✓	
23			✓	
23			✓	
23			✓	
24			✓	
24			✓	
26			✓	
27			✓	
29				✓
29				✓
30				✓
30				✓
31				✓
31				✓
31				✓
33				✓
34				✓
35				✓

35				✓
35				✓
36				✓
38				✓
40				✓
41				✓
46				✓
47				✓
49				✓
53				✓
64				✓
Total	9	7	17	21
				n=54

Fuente: Inventario de depresión de Beck aplicado a las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.

La tabla n°1 expresa, de manera ascendente en relación a la gravedad, la suma total de cada Inventario de Depresión de Beck aplicado. Da como resultado que, la mayor cantidad de reclusas (21), se sitúan en “Depresión grave”.

Gráfica n°6. Niveles de depresión.



Fuente: Tabla n°1.

Da como resultado que del total de la muestra de la investigación (n=54), 9 presentan depresión mínima; 7, depresión leve; 17, depresión moderada y 21, depresión grave.

Como se aprecia, el porcentaje más alto se sitúa en el nivel de depresión grave con el 38.89% que representa 21 casos de 54 inventarios aplicados.

La siguiente sección responde al segundo objetivo: Establecer la relación que existe entre el tiempo de reclusión en el presidio y los niveles de depresión que presenten.

Tabla n°2. Tiempo de reclusión y nivel de depresión.

Tiempo de reclusión	Puntuación	Nivel de depresión
31 meses	4	Mínima
22 meses	4	Mínima
55 meses	6	Mínima
26 meses	7	Mínima
42 meses	7	Mínima
26 meses	8	Mínima
16 meses	9	Mínima
30 meses	12	Mínima
31 meses	13	Mínima
35 meses	14	Leve
37 meses	14	Leve
47 meses	15	Leve
46 meses	15	Leve
102 meses	15	Leve
108 meses	16	Leve
49 meses	19	Leve
19 meses	20	Moderada
13 meses	20	Moderada
22 meses	21	Moderada
32 meses	21	Moderada
37 meses	21	Moderada
33 meses	22	Moderada
35 meses	22	Moderada
17 meses	22	Moderada

35 meses	22	Moderada
60 meses	22	Moderada
25 meses	23	Moderada
40 meses	23	Moderada
19 meses	23	Moderada
27 meses	24	Moderada
53 meses	24	Moderada
39 meses	26	Moderada
26 meses	27	Moderada
25 meses	29	Grave
13 meses	29	Grave
35 meses	30	Grave
17 meses	30	Grave
8 meses	31	Grave
13 meses	31	Grave
6 meses	31	Grave
11 meses	33	Grave
2 meses	34	Grave
10 meses	35	Grave
3 meses	35	Grave
120 meses	35	Grave
9 meses	36	Grave
48 meses	38	Grave
4 meses	40	Grave
12 meses	41	Grave
2 meses	46	Grave
12 meses	47	Grave
29 meses	49	Grave
7 meses	53	Grave

14 meses	64	Grave
----------	----	-------

Fuente: Inventario de depresión de Beck aplicado a las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.

El cuadro n°2 hace constar que, dentro de los niveles graves de depresión se encuentran la mayor cantidad de presidiarias que se han mantenido recluidas por un tiempo menor en comparación a las demás. Es decir que, de las 22 privadas de libertad con nivel de depresión grave, 14 han cumplido 13 meses o menos dentro del Centro Penitenciario de Llano Marín.

Con el fin de suplir y dar contestación al tercer objetivo específico de esta investigación: Identificar qué síntomas se presentan en mayor o menor escala en los diferentes niveles de depresión de las personas privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín, se presentan los siguientes cuadros con base en los datos obtenidos en la aplicación del Inventario psicométrico mencionado con anterioridad.

En los siguientes cuadros se categorizan, dentro del nivel mínimo, leve, moderado o grave de depresión, los 21 síntomas que evalúa el BDI-II, y se presentan a mayor y menor escala.

Tabla n°3. Síntomas en mayor o menor escala dentro del nivel mínimo de depresión.

Núm.	Ítems	Marcaron
1	Tristeza	3
2	Pesimismo	3
3	Fracaso	1
4	Pérdida de placer	2
5	Sentimientos de culpa	1
6	Sentimientos de castigo	4
7	Disconformidad con uno mismo	3
8	Autocrítica	2

9	Pensamientos o deseos suicidas	0
10	Llanto	0
11	Agitación	0
12	Pérdida de interés	2
13	Indecisión	1
14	Desvalorización	3
15	Pérdida de energía	0
16	Cambios en los hábitos el sueño	0
17	Irritabilidad	2
18	Cambios en el apetito	2
19	Dificultad de concentración	0
20	Cansancio o fatiga	0
21	Pérdida de interés en el sexo	0

Fuente: Inventario de depresión de Beck aplicado a las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.

En la tabla n°3 se muestran los síntomas a mayor escala de la depresión mínima que presentan las privadas de libertad: sentimientos de castigo, tristeza, pesimismo, disconformidad con uno mismo y desvalorización. Y a menor escala: pensamientos o deseos suicidas, llanto, desvalorización, dificultad en la concentración, fatiga y pérdida de interés en el sexo.

Tabla n°4. Síntomas en mayor o menor escala dentro del nivel leve de depresión.

Núm.	Ítems	Marcaron
1	Tristeza	6
2	Pesimismo	3
3	Fracaso	3
4	Pérdida de placer	2
5	Sentimientos de culpa	5

6	Sentimientos de castigo	4
7	Disconformidad con uno mismo	2
8	Autocrítica	3
9	Pensamientos o deseos suicidas	0
10	Llanto	5
11	Agitación	1
12	Pérdida de interés	1
13	Indecisión	2
14	Desvalorización	1
15	Pérdida de energía	0
16	Cambios en los hábitos el sueño	1
17	Irritabilidad	2
18	Cambios en el apetito	5
19	Dificultad de concentración	2
20	Cansancio o fatiga	2
21	Pérdida de interés en el sexo	0

Fuente: Inventario de depresión de Beck aplicado a las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.

En la tabla nº4 se exponen los síntomas a mayor escala de la depresión leve que presentan las privadas de libertad: sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, llanto y cambios en el apetito. Y a menor escala: pensamientos o deseos suicidas, agitación, pérdida del interés, pérdida de energía y pérdida de interés en el sexo.

Tablan°5. Síntomas en mayor o menor escala dentro del nivel moderado de depresión.

Núm.	Ítems	Marcaron
1	Tristeza	14
2	Pesimismo	12
3	Fracaso	9
4	Pérdida de placer	5
5	Sentimientos de culpa	15
6	Sentimientos de castigo	17
7	Disconformidad con uno mismo	11
8	Autocrítica	8
9	Pensamientos o deseos suicidas	0
10	Llanto	7
11	Agitación	3
12	Pérdida de interés	2
13	Indecisión	7
14	Desvalorización	14
15	Pérdida de energía	8
16	Cambios en los hábitos el sueño	9
17	Irritabilidad	16
18	Cambios en el apetito	9
19	Dificultad de concentración	3
20	Cansancio o fatiga	2
21	Pérdida de interés en el sexo	0

Fuente: Inventario de depresión de Beck aplicado a las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.

En la tabla n°5 se muestran los síntomas a mayor escala de la depresión moderada que presentan las privadas de libertad: tristeza, pesimismo, sentimientos de castigo, sentimientos de culpa, desvalorización e irritabilidad, cambios en el apetito. Y a menor escala: pensamientos o deseos suicidas, pérdida de interés, agitación, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

Tabla n°6. Síntomas en mayor o menor escala dentro del nivel grave de depresión.

Núm.	Ítems	Marcaron
1	Tristeza	19
2	Pesimismo	15
3	Fracaso	20
4	Pérdida de placer	11
5	Sentimientos de culpa	21
6	Sentimientos de castigo	19
7	Disconformidad con uno mismo	14
8	Autocrítica	6
9	Pensamientos o deseos suicidas	1
10	Llanto	4
11	Agitación	2
12	Pérdida de interés	8
13	Indecisión	4
14	Desvalorización	17
15	Pérdida de energía	11
16	Cambios en los hábitos el sueño	16
17	Irritabilidad	7
18	Cambios en el apetito	4

19	Dificultad de concentración	5
20	Cansancio o fatiga	4
21	Pérdida de interés en el sexo	2

Fuente: Inventario de depresión de Beck aplicado a las privadas de libertad del Centro Penitenciario de Llano Marín.

En la tabla n°6 se muestran los síntomas a mayor escala de la depresión moderada que presentan las privadas de libertad: tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de castigo, sentimientos de culpa, cambios en los hábitos del sueño, cambios en el apetito, pérdida de energía y desvalorización. Y a menor escala: pérdida de interés en el sexo, llanto, agitación, dificultad de concentración, indecisión, pensamientos o deseos suicidas, fatiga.

CONCLUSIONES

- La presente investigación tuvo como finalidad el análisis de los niveles de depresión que presentan las privadas de libertad del Centro penitenciario de Llano Marín, y tiene como principal hallazgo que, el 38.89% de la muestra escogida presenta depresión grave, el 31.48% depresión moderada, 12.96% depresión leve y, 16.67% depresión mínima.
- Tomando en cuenta los resultados obtenidos mediante el Inventario de depresión de Beck-II, los síntomas más recurrentes en todos los niveles de depresión son: tristeza, desvalorización, sentimientos de castigo, sentimientos de culpa, disconformidad con uno mismo, irritabilidad, cambios en los hábitos del sueño, autocrítica, fracaso, desvalorización, pérdida de energía,
- Los síntomas que se presentan a menor escala en todos los niveles de depresión, son: pérdida de interés en el sexo, llanto, pérdida de placer, pensamientos o deseos suicidas, pérdida de interés, agitación, llanto, indecisión, dificultad de concentración y cansancio o fatiga.
- Se concluyó que, el tiempo reclusorio afecta en gran medida a las reclusas que han estado poco tiempo en el reclusorio, en comparación a las que han pagado más años de condena dentro del Centro Penitenciario de Llano Marín.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Limitaciones:

- Poca o escasa información en cuanto a la salud mental de las reclusas en Panamá.
- No se cuenta con la validez y confiabilidad del instrumento de medición en nuestro país.
- Dificultad en la aplicación del instrumento ya que, las reclusas cuentan con responsabilidades como, salir a trabajar y/o estudiar.

Recomendaciones:

- Desarrollar capacitaciones básicas para que las reclusas distingan los síntomas de la depresión, su duración, curso y tratamiento; a efectos de lograr su participación activa dentro del proceso de recuperación.
- Promover, dentro del reclusorio, la salud mental y su importancia. Con el fin de garantizar la armonía y prevención de la sintomatología depresiva.
- Fomentar actividades de ocio, de buenos hábitos físicos y alimenticios.

BIBLIORAFÍA

- Abela, J. & Hankin, B. (2008). Vulnerabilidad cognitiva a la depresión en niños y adolescentes: una perspectiva de psicopatología del desarrollo. New York: Guilford press.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., Joiner, T. E., & Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 2(3), 211–222. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Hipnoterapia cognitiva para la depresión: una investigación empírica. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 55(2), 147–166. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0020714060117789>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (quinta edición).
- Bar, S. (2013). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), pp. 316-324 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615421008>
- Botero-Ceballos LE, Arboleda-Amortegui G, Gómez-Fernández A, García-Cardona M, Agudelo-Suárez A. (2019). Depresión en personas recluidas en centros penitenciarios: revisión narrativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca.*; 21 (1):23-33

- Castroverde, M. (2020). *Derechos humanos intramuros: impacto de la pandemia*. Secretaria de Derechos Humanos, Acceso a la Justicia y Género. Ministerio de Público de Panamá. Recuperado de: <https://ministeriopublico.gob.pa/wp-content/uploads/2021/02/Derechos-Humanos-Intramuros-Impacto-De-La-Pandemia.pdf>
- Champi, S. & Manca, L. (2015). *Satisfacción con la vida y estilos de afrontamiento en internos del establecimiento penitenciario de Huancavelica – 2015*. [Tesis de licenciatura]. Universidad de Nacional de Huancavelica. Recuperado de: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/443/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200049.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Defensoría del Pueblo de la República de Panamá, (2021). *En riesgo derecho al acceso a la salud de privadas de libertad*. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pa/en-riesgo-derecho-al-acceso-a-la-salud-de-privadas-de-libertad/>
- Del Cid, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89 (1), pp. 1-68. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Etienne, C. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42 (14). Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
- Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Variaciones socioeconómicas en la brecha de tratamiento de salud mental para las personas con trastornos de ansiedad, estado de ánimo y uso de sustancias:

- resultados de las encuestas mundiales de salud mental (OMS). *Psychol Med.* 2018;48(9):1560-1571 Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173244/>
- Fraser, A., Gatherer, A., & Hayton, P. (2009). Salud mental en prisión: grandes dificultades, ¿pero hay oportunidades? *Revisa Salud Pública*, 123(6), 410–414. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.04.00>
 - Gálvez, H. (2008). Crisis y depresión. Sección Análisis. *Revista Y qué?* No. 21, 8. <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/46960/aciap.pdf>
 - García-Guerrero, J., & Marco, A. (2012). Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 106-113. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202012000300006#:~:text=Quede%20constancia%20que%20la%20sobreocupaci%C3%B3n,u%20obstaculizar%20el%20proceso%20de
 - Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2013). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/1999/pdf/Vol4-2-1999-8.pdf>
 - Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. s.f. Guía de depresión. Recuperado de: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/psiquiatr%C3%ADa/GPC-BE%2010%20Depresion.pdf>
 - Irías, R., Martínez, G., Amaya, G., Soto, R. & Reyes, A. (1999). Prevalencia de trastornos mentales en personas privadas de libertad. *REV MED POST UNAH*, 4 (2), 129-135

- Javato, M., (2021). Salud mental y privación de libertad: aspectos jurídicos e intervención. España: Bosch Editor.
- Jiménez-Puig, E., Martínez Rodríguez, L., & Alzola Suárez, C. (2021). Ansiedad, depresión, bienestar subjetivo y salud mental general en reclusos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(3), e02101292. Recuperado de <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1292/953>
- Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet I, et al. Prevalencia a lo largo de la vida y distribuciones de los trastornos mentales a la edad de inicio en la Iniciativa de encuesta mundial de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. *Psiquiatría Mundial*. 2007; 6 (3): 168-176.
- Larrotta CR, Luzardo BM, Vargas C, Rangel NK. Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 2014;56 (1):83-95. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>
- McKinnon, M.C., Yucel, K., Nazarov, A., & MacQueen, G.M. (2009). Un metanálisis que examina los predictores clínicos del volumen del hipocampo en pacientes con trastorno depresivo mayor. *Revista de psiquiatría y neurociencia: JPN*, 34(1), 41–54 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19125212/>
- Medina, O., Cardona, D. & Arcila, S. (2011). Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina*. 2011;13(23):268-280. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019089004>

- Miguélez et al. (2009). ¿Sirve el trabajo penitenciario para la reinserción? Un estudio a partir de las opiniones de los presos de las cárceles de Cataluña. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 127, pp. 11-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99715163001>
- Moreno, C. (2018). *Consecuencias psicológicas del encarcelamiento a larga duración*. Madrid: Universidad Pontificia de Madrid. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/22690/1/TFG-%20Moreno%20Garcil%20a-Conde%2C%20Cristina.pdf>
- Moreno, P.; Blanco, C. (2004). *Cómo superar la depresión*. España. Edit. Arguval
- Niño, A. C. N., Díaz M, D. C., & Ramírez N, L. F. (2017). Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Carta Comunitaria*, 25(143), 77–88. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.8>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Manual sobre reclusos con necesidades especiales. Panamá 2011 p 9 -39.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales*. p. 11-15 Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (marzo, 2017). *Depresión: hablemos*. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. 53 Consejo Directivo, 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-of-action-on-MH-2014.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). *Informe Regional de las Américas*. [Conjunto de datos]. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
- Osasona, S. O., & Koleoso, O. N. (2015). Prevalencia y correlatos de depresión y trastorno de ansiedad en una muestra de reclusos en una prisión nigeriana. *Revista internacional de psiquiatría en medicina*, 50(2), 203–218. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26475685/>
- PANAMÁ. Defensoría del Pueblo de la República de Panamá. Oficina de Supervisión de los derechos Humanos de las personas privadas de libertad. *Una mirada al sistema penitenciario panameño: análisis y propuestas*. Febrero de 2011. Recuperado de: <http://bdigital.binal.ac.pa/bdp/sistema%20penitenciario%20panammeno.pdf>
- Pondé, M. P., Freire, A. C., & Mendonça, M. S. (2011). La prevalencia de trastornos mentales en presos en la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil. *Journal*

- of forensic sciences*, 56(3), pp. 679–682. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01691.x>
- Reingle Gonzalez, J.M., & Connell, N.M. (2014). Salud mental de los presos: identificación de barreras para el tratamiento de salud mental y la continuidad de la medicación. *Revista americana de salud pública*, 104(12), 2328–2333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.30204>
 - Reingle, J.M., & Connell, N.M. (2014). Salud mental de los presos: identificación de barreras para el tratamiento de salud mental y la continuidad de la medicación. *Revista americana de salud pública*, 104(12), 2328–2333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302043>
 - Rodríguez, E. (2015). Diagnóstico de la Situación de las Mujeres Privadas de Libertad en Panamá. Ministerio de Gobierno de Panamá.
 - Sepehrmanesh, Z., Ahmadvand, A., Akasheh, G., & Saei, R. (2014). Prevalencia de trastornos psiquiátricos y factores relacionados en los reclusos varones. *Revista médica de la Media Luna Roja Iraní*, 16(1), e15205. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3964429/>
 - Truffino, J. (2012). *La Salud Mental en el Mundo de Hoy*. España: Editorial Acantilado.
 - Vásquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3) pp. 417-449. Recuperado de: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
 - Yapko, M. (2010). *La depresión es contagiosa*. 1ª. Ed. España. Urano, S. A.

ANEXOS

Anexo n°1. Inventario de depresión de Beck, BDI-II.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

-
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Auto crítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

-
- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
 - 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 - 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
-

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Páginas
Gráfica n°1. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el sistema penitenciario y carcelario colombiano	8
Gráfica n°2. Prevalencia de los trastornos mentales en los presos de ciudad Salvador, Brasil.....	9
Gráfica n°3. Prevalencia de los Trastornos mentales entre los privados de libertad de Kashan, Irán.....	10
Gráfica n° 4. Resultados de estudio realizado en cinco centros penitenciarios en España, específicamente en las ciudades de Cataluña, Madrid y Aragón.....	11
Gráfica n°5. Rango de edad de la muestra.....	32
Gráfica n°6. Niveles de depresión.....	41

ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1. Causas de la depresión.....	16
Figura 2. Síntomas psíquicos de la depresión.....	17
Figura 3. Síntomas somáticos de la depresión.....	18
Figura 4. Clasificación de los trastornos depresivos.....	19
Figura 5. Diferencias entre Trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente.....	21
Figura 6. Presentaciones que se pueden especificar para trastorno depresivo especificado.....	23
Figura 7. Triada cognitiva de Beck.....	24
Figura 8. Patrones inferenciales desadaptativos.....	26
Figura 9. Niveles de depresión del Inventario de Beck.....	35

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
Tabla n°1. Puntuación directa de las reclusas en cada uno de los niveles de depresión	38
Tabla n°2. Tiempo de reclusión y nivel de depresión	42
Tabla n°3. Síntomas en mayor o menor escala dentro del nivel mínimo de depresión	44
Tabla n°4. Síntomas en mayor o menor escala dentro del nivel leve de depresión	45
Tabla n°5. Síntomas en mayor o menor escala dentro del nivel moderado de depresión	47
Tabla n°6. Síntomas en mayor o menor escala dentro del nivel grave de depresión	48