

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN
MUJERES CON PENA PRIVATIVA DE LA LIBERTAD EN EL
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE POCOLLAY, CIUDAD DE TACNA
MARZO 2017”**

Tesis

**Para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujano**

Autora: Claudia Gabriela Callañaupa Tocto

Asesora: Dra. Madeleydi Lizbeth Gordillo Mamani

Tacna – Perú

2017

AGRADECIMIENTO

Sin el amor de Dios nada sería posible, después de ÉL el regalo más grande, la familia, mi madre, mujer incansable en la lucha por el débil y caído, a mi padre por su perseverancia y sus enseñanzas en la fe, a mis queridos hermanos: el mayor por su amor a la vida y sus inolvidables consejos, mi hermana mayor por tener un corazón muy dulce y siempre dispuesta a apoyar y por último y no menos importante a mi hermanita, mi compañera de toda la vida, mi apoyo y consejera en cada paso decisivo de la vida; por su optimismo y alegría constantes.

Me embargan sentimientos inefables que solo puedo atinar a querer llevarlos con todas las fuerzas de mi corazón a objetivos para el bien de la sociedad, como la familia quisiera. Y por lo me inculcaron mis docentes, en especial la Dra. Raquel Acevedo que con su apoyo finalicé el trabajo para graduarme.

A mis amigas y amigos que me demuestran que los momentos más maravillosos se producen la caminar.

RESUMEN

Introducción: La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad; a ello agregar la carga de pena privativa de la mujer agrava el problema; además la salud mental en el sistema penitenciario peruano es un tema poco investigado. La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio ha ubicado el suicidio como un problema grave de Salud Pública, que resulta ser la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios. **Objetivos:** Identificar la prevalencia y el nivel de depresión e ideación suicida en las mujeres con pena privativa de libertad. Y conocer el nivel de asociación entre depresión e ideación suicida en mujeres con pena privativa de libertad en el Establecimiento Penitenciario de Pocollay en la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017. **Material y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo, analítico de corte transversal. Se realizó como técnica una ficha de datos sociodemográficos. Se utilizó la Escala de Hamilton para medir el nivel de depresión y la Escala de ideación suicida de Beck para medir la prevalencia y el riesgo de ideación suicida. Por último se utilizó un Análisis bivariado mediante tablas, medidas de tendencia central, Chi cuadrado y Odds Ratio para la asociación entre la depresión e ideación suicida a 75 internas del Establecimiento Penitenciario. **Resultados:** La incidencia de depresión en la internas es del 68% de las cuales el 39.2% manifiesta depresión leve; 24.5%, moderada; 16.6%, severa y el 19.7% depresión muy severa. La ideación suicida afecta al 57.3% de las internas de las cuales el riesgo alto afecta al 24.72%; riesgo medio 43.16% y riesgo bajo 32.1%. Las edades oscilan entre los 20 años hasta los 67 años, con promedio de edad de 39.59 años. El 44.7% (34) son solteras, 26.3% (20) son convivientes, 22.4%(17) son casadas y el 6.6% (4) son viudas; con una media de hijos de 2.69. **Conclusiones:** Considerando el nivel de depresión y la situación actual del riesgo de suicidio, se obtiene un OR= 16.248, lo que nos indica que la depresión ocasiona un riesgo de 16 veces más intentos de suicidio que los que no sufren de este trastorno, con intervalo de confianza (IC 95%) de un rango 12.14 al 33.78 y $p= 0.002$. El 62.7% de los que manifiestan depresión manifiesta ideación suicida y adquieren 16 veces más riesgo de presentarla que la población en general. **Palabras Clave:** Depresión, ideación suicida, internas del E.P.

ABSTRACT

Introduction: Depression is the leading global cause of disability and contributes in a very important way to the global burden of disease; Adding the burden of privative punishment for women aggravates the problem; In addition to mental health in the Peruvian penitentiary system is a subject little investigated. The International Association for Suicide Prevention has identified suicide as a serious Public Health problem, resulting in the most common individual cause of death in prison settings. **Objectives:** To identify the prevalence and level of depression and ideation of suicide in women with custodial sentences. And to know the level of association between depression and suicidal ideation in women with custodial sentences in the Pocollay Penitentiary Establishment in the City of Tacna, March 2017. **Material and Methods:** Observational, prospective, descriptive, cross-sectional, cross-sectional study. It was performed as a socio-demographic data sheet. We used the Hamilton Scale to measure depression level and the Beck Suicidal Ideation Scale to measure the prevalence and noise of suicidal ideation. Finally, we used a bivariate analysis using tables, measures of central tendency, Chi square and Odds Ratio for the association between depression and suicidal ideation to 75 inmates of the Penitentiary Establishment. **Results:** The incidence of depression in the internal is 68% of which 39.2% manifest mild depression; 24.5%, moderate; 16.6%, severe and 19.7% severe depression. The suicidal ideation affects 57.3% of the inmates of all the risk, affecting 24.72%; Average risk 43.16% and risk low 32.1%.

The ages range from 20 years to 67 years, with an average age of 39.59 years. 44.7% (34) are single, 26.3% (20) children living together, 22.4% (17) are married and 6.6% (4) widowed children; with an average of 2.69 children. **Conclusions:** The level of depression and the current state of suicide risk, we obtain an OR = 16,248, which indicates that depression causes a risk of 16 times more suicide attempts than those who do not suffer from this disorder, with Interval Of confidence (95% CI) of a range of 12.14 to 33.78 and $p = 0.002$. The 62.7% of those who manifest depression manifests suicidal ideation and acquire 16 times more risk of presenting than the population in general. **Keywords:** Depression, suicidal ideation, internal to the P. E.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del Problema.....	9
1.2 Formulación del Problema.....	11
1.3 Objetivos de la Investigación.....	12
1.3.1. Objetivo General.....	12
1.3.2. Objetivos Específicos.....	12
1.4 Justificación.....	13
1.5 Limitaciones de estudio.....	15
1.6 Definición de términos.....	15
CAPÍTULO II : REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	18
2.2 Marco teórico.....	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Operacionalización de las variables.....	45
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño.....	48
4.2 Ámbito de estudio.....	48
4.3 Población y muestra.....	48
4.3.1 Criterios de Inclusión.....	48
4.3.2 Criterios de Exclusión.....	49
4.4 Instrumentos de Recolección de datos.....	49
4.5 Procedimientos de análisis de datos.....	49
4.6 Aspectos éticos.....	49

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

5.1 Resultados.....	52
5.2 Discusión.....	61
5.3 Conclusiones.....	64
5.4 Recomendaciones.....	65
5.5 Bibliografía.....	66
5.6 Anexos.....	73

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen repercusiones en la salud mental lo que contribuye de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, en la población en general, en este contexto, la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo¹; ahora bien, conocer esta situación en las personas en centros de reclusión y más aún en el caso de las mujeres encarceladas implica una afectación en gran escala. Según el Centro de Estudios Penitenciarios y Criminológicos (CENECP, 2016)² el 36.71% de la población penitenciaria peruana sufre de algún trastorno depresivo y casi el 85% de todos los internos posee algún tipo de sintomatología depresiva. Resulta preocupante tomando en cuenta la escasez de recursos de los que se disponen para tratar los problemas de salud mental dentro de los establecimientos penitenciarios peruanos.

La realidad penitenciaria en el Perú indica un problema psicosocial que va en aumento, esto genera la vulnerabilidad del estado afectivo de las mujeres y por consiguiente genera estados emocionales negativos lo que conlleva a estados de depresión, que repercuten en sus interrelaciones con sus familiares; con casi nulas capacidades para su inserción en la sociedad ^{3,4}.

Si el trastorno depresivo no se trata adecuadamente se tiende a la cronicidad e incrementa el riesgo de suicidio de 6 veces mayor a la población en general⁵. No se tienen estudios que se hayan hecho en el Perú que describen la prevalencia de ideación suicida en los Establecimientos Penitenciarios, pero a nivel mundial, el carácter de privación de la libertad aumenta el riesgo a 17 veces.⁶

Este tema será abordado con el propósito de conocer la prevalencia de depresión y la ideación suicida en mujeres que han perdido la libertad en la Ciudad de Tacna hasta marzo del 2017.

Describimos las características sociodemográficas de nuestra población: la edad, la procedencia, el estado civil, el nivel socioeconómico; el grado de instrucción.

Los factores asociados con la depresión que analizamos son: el tipo de delito, la situación jurídica y el tiempo de permanencia en el establecimiento penitenciario,

el número de hijos y el número de visitas que reciben semanalmente; ya que en estudios previos foráneos indican un mayor riesgo de depresión.

El enfoque de este trabajo se dirige a conocer la influencia que ejerce la pena privativa de libertad en la salud mental de las mujeres con el objetivo de contribuir a concretizar programas para combatir la gran prevalencia de depresión e ideación suicida que aqueja el establecimiento penitenciario y buscar medidas para una mejor inserción en la sociedad.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA:

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad¹; a ello agregar la carga de pena privativa de la mujer agrava el problema; además la salud mental en el sistema penitenciario peruano es un tema poco investigado.

En los últimos años, ha habido un aumento de la población penitenciaria en general (27%) y femenina en particular (Defensoría del pueblo, 2014). Sin embargo, muchas investigaciones y centros penitenciarios se han enfocado por mucho tiempo en el trabajo con población masculina, trayendo como consecuencia una falta de mirada a las particularidades de la población femenina^{7, 8}.

En la actualidad, hasta enero de 2017 en el Establecimiento Penitenciario de mujeres de Pocollay existe una sobrepoblación del 180% (ANEXO 1)

Un análisis del gráfico de la población penal clasificada por género y grupo de edad que se muestra, presenta que la mayor concentración de la población penitenciaria masculina se encuentra en el grupo entre los 20 a 39 años, mientras que en el caso de la población femenina es entre los 25 a 44 años.

Con respecto a las mujeres, su incidencia corresponde con el tráfico ilícito de drogas, pertenencia a grupos vandálicos, estafas, entre otros. El grupo etario oscila entre 19 a 45 años⁹.

Los problemas de salud mental más frecuentes en la población penitenciaria son los relacionados al consumo de sustancias, siendo que el 50.89% de la población penitenciaria consume pasta básica y marihuana y el 64.8% consume alcohol. Las drogas en los establecimientos penitenciarios son un problema de suma importancia no sólo por la gran prevalencia del consumo de estas sustancias sino también por la gran cantidad de internos cuyo delito es el tráfico ilícito de drogas².

Es importante también resaltar que una gran cantidad de internos poseen síntomas de trastornos psicológicos sin llegar a tener un diagnóstico del

síndrome. En el caso de la depresión, el 70% de la población interna presenta sintomatología depresiva. Otras sintomatologías presentes con gran frecuencia son las relacionadas con trastornos psicóticos, las somatizaciones, los síntomas de algún cuadro ansioso y las obsesiones¹⁰.

Estos datos nos dan un margen psicosocial de trabajo para indagar qué factores están asociados con los niveles de depresión en estas mujeres, la valoración de factores psicológicos que se ha encontrado dentro de las cárceles, en las primeras semanas de encarcelamiento, mayores niveles de depresión en muestras de internas o en mayor riesgo de suicidios, por lo que consideramos que estamos ante un grupo vulnerable^(11, 12). La depresión se acompaña de un malestar clínico significativo, en ocasiones crónico, de deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad de la persona. En algunas de éstas la depresión es leve y la actividad de la persona puede parecer normal, pero a costa de un gran esfuerzo¹³.

Es necesario conocer la salud mental de estas mujeres ya que en el futuro se integrarán a la sociedad.

La psiquiatra María Elena Vivanco (Psiquiatra especialista en criminología en el Perú, Instituto de Medicina Legal) refiere: "las mujeres se deprimen más. De cada tres mujeres en prisión, dos caen en profundos abismos de tristeza. Ahí lo que influye es el factor hormonal. Además sufren más por el tema del alejamiento de la familia y los hijos".

Otras fuentes indican que la población penal femenina se refugia en la religiosidad para superar el trance^{14, 15}.

Por otra parte, los detenidos en espera de juicio tienen una tasa de intentos suicidas de aproximadamente 7.5 veces, y los presos sentenciados tienen una tasa seis veces más alta que la de los hombres fuera de prisión en la población general^(16, 17). La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio ha ubicado el suicidio como un problema grave de Salud Pública, que resulta ser la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios¹⁸

Además, es necesario indicar que la situación de encarcelamiento puede facilitar la desprotección de las internas frente a la violación de sus derechos fundamentales mediante la tortura, los maltratos o las condiciones negativas físicas ambientales.

Es así que para esta investigación específica nos centraremos en los factores que están asociados con la depresión e ideación suicida en las mujeres con pena privativa de libertad en el Establecimiento Penitenciario Pocollay, en la Ciudad de Tacna en marzo del año 2017.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 PROBLEMA GENERAL:

¿Qué factores están asociados con la depresión e ideación suicida en mujeres con pena privativa de la libertad en el Establecimiento Penitenciario de Pocollay en la ciudad de Tacna, marzo del año 2017?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

1. ¿Cuál es el nivel de depresión en las internas del Establecimiento Penitenciario de Pocollay de la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017?
2. ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el tiempo de reclusión?
3. ¿Cuál es el riesgo de ideación suicida en las internas del Establecimiento Penitenciario de Pocollay de la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017?
4. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la depresión y la ideación suicida en las internas del Establecimiento Penitenciario de Pocollay de la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1 Objetivo General

Identificar la prevalencia y el nivel de depresión e ideación suicida en las mujeres con pena privativa de libertad en el Establecimiento Penitenciario de Pocollay en la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Conocer el nivel de depresión en las internas del Establecimiento Penitenciario de Pocollay de la Ciudad de Tacna en el año 2017
2. Conocer la relación que existe entre la depresión y el tiempo de permanencia, en las internas del Establecimiento Penitenciario de Pocollay de la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017.
3. Identificar el riesgo de ideación suicida en las internas del Establecimiento Penitenciario de Pocollay en la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017.
4. Conocer el nivel de asociación entre la depresión y la ideación suicida en las internas del Establecimiento Penitenciario de Pocollay en la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Más de 350 millones de personas de todas las edades sufren de depresión globalmente. En América Latina y el Caribe la padece 8% de la población adulta. Además prevé que para 2030 la depresión será la primera causa de discapacidad en el mundo¹⁹.

Las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión. Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor. El suicidio es la séptima causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años todas ellas con sintomatología depresiva²⁰. A todo ello se agrega que el encarcelamiento es considerado como uno de los sucesos más traumáticos por los que puede atravesar una persona, ya que se produce un quiebre en todos los ámbitos en los que ésta se desenvuelve ocasionando una serie de emociones negativas que invaden a la persona, tales como el estrés, ansiedad, depresión, entre otros ^(21, 22)

Este trabajo que se realiza abre las puertas a nuevas investigaciones que permitan enfocarnos en resolver un grave descuido hacia estas mujeres con pena privativa de libertad y la capacidad para su inserción en la sociedad; sabemos que a nivel nacional, solo ocho de los más de 70 penales del país tienen ambientes para el internamiento de personas con problemas de salud mental. La doctora María Elena Vivanco cuenta que, en promedio, en el sistema carcelario hay solo un psicólogo por cada 300 internos ^(2, 9). En el Establecimiento Penitenciario de mujeres - Tacna, trabaja una psicóloga para 112 internas. Este problema es un hecho alarmante, ya que al no haber solución a sus problemas mentales, su incapacidad para insertarse a la sociedad les generaría una vida de suplicio y angustia lo que se agravaría en su calidad de vida y en el trato con las personas de su entorno (hijos, padres, parejas, etc).

Algunos estudios indican que la población con mayor riesgo de suicidio son los reclusos ^(23, 24). No solo se presentan más conductas suicidas dentro de las instituciones, sino que muchas personas que son encarceladas muestran muchos pensamientos y conductas suicidas en el transcurso de sus vidas²⁵.

La exposición a estresores crónicos pueden generar una serie de alteraciones incidiendo directamente en la salud física pudiendo ser un factor de riesgo para alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, alteraciones

gastrointestinales, respiratorias como el asma, alteraciones de sueño, dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y alteraciones articulares²⁶ además de irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, dificultades de concentración, sentimientos de frustración; a todas estas disfunciones físicas agregar el estigma que tiene la sociedad hacia estas mujeres repercute y trae como consecuencia una gran vulnerabilidad a su bienestar psico-físico-social.

Identificar la posible relación entre los factores sociales y la presencia de síntomas depresivos en las mujeres que guardan prisión podría contribuir a desarrollar estrategias dirigidas a reducir el impacto del encarcelamiento sobre su salud mental y a esclarecer el motivo por el cual las mujeres suelen tener peor desempeño en las escalas de síntomas depresivos que los hombres, tanto en la población general como en la que se encuentra en prisión; poniéndole más énfasis a esta población vulnerable ya que el encarcelamiento es una situación altamente estresante que contribuye a la alta frecuencia de trastornos mentales encontrada en la población reclusa en penales, entre ellos la depresión y como consecuencia de su cronicidad, los intentos suicidas²⁷.

Es importante resaltar que las personas con este trastorno son más propensas a abusar de las drogas y el alcohol. Las personas deprimidas que consumen drogas tienen mayor riesgo de cometer suicidio que el resto de la población²⁸. En los Estados Unidos, se informa que al menos una cuarta parte de los suicidios están vinculados con el abuso del alcohol²⁹. Hay, sin embargo, muchas conexiones cercanas entre el abuso del alcohol y la depresión, y a menudo es difícil determinar cuál de los dos es el trastorno principal. Por ejemplo: El abuso del alcohol puede conducir a la depresión directa o indirectamente mediante la sensación de declinación y fracaso que experimenta la mayoría de las personas con dependencia del alcohol y/o el abuso del alcohol puede ser una forma de automedicación para aliviar la depresión³⁰.

Esto es de particular importancia para esta investigación debido a que en el contexto penitenciario el consumo de drogas y alcohol es un problema constante².

Ahora bien un tema aún menos estudiado es el suicidio dentro de los establecimientos penitenciarios, ya que en muchos países es tabú hablar del tema. Esto es muy peligroso porque es un impedimento para buscar ayuda³¹.

La agencia sanitaria de Naciones Unidas ha presentado el primer informe del 2012: revela que cada 40 segundos una persona se quita la vida en el mundo¹⁸, por todo esto, es vital enfrentar nuestra realidad a través de investigaciones sobre la Salud mental de poblaciones vulnerables, como es el caso de las mujeres con pena privativa de libertad.

Finalmente esta investigación abre un nuevo hito para el Sistema Penitenciario y su conocimiento sobre la depresión e ideación suicida, asumiendo que su relevancia seguramente fortalecerá programas de Salud Mental.

1.5 LIMITACIONES DE ESTUDIO

El tiempo limitado para realizar los test, pues cuentan con un horario muy estricto sin la posibilidad de profundizar y personalizar cada ítem por ser el Establecimiento Penitenciario una Institución con horarios muy restringidos.

1.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINO BÁSICOS:

1.6.1 Depresión:

OMS: se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

1.6.2 Libertad:

Según la RAE existen 12 acepciones de las cuales tomaré la definición 3: Estado de quien no está preso.

La libertad como desaparición de opresión significa no querer subyugar ni ser subyugado, e implica el fin de un estado de servidumbre.

1.6.3 Hurto Agravado:

Es el apoderamiento ilegal de un bien inmueble total o parcialmente ajeno que sobrepasa a una remuneración mínima vital y/o ha sido cometida durante la noche sin daño aparente del agraviado. (Código Penal, Art. 185, 186).

1.6.4 Robo Agravado:

Es un delito contra el patrimonio, consistente en el apoderamiento de bienes ajenos, con intención de lucrarse, empleando para ello fuerza en las cosas o bien violencia o intimidación en la persona.

La mayor peligrosidad del robo, por el uso de esta fuerza o intimidación, justifica que la pena sea superior a la que se establece por el hurto.

La peligrosidad radica en la potencialidad de daño físico o mental: en casa habitada, durante la noche o en lugar desolado, a mano armada, con el concurso de dos o más personas, en agravio de menores de edad o ancianos (Código Penal Art. 188, 189)

1.6.5 Nivel Socioeconómico:

Es la medida total económica y sociológica cuyas variables evaluadas son grado de instrucción del jefe del hogar, consultas por problemas de salud, posesión de bienes (cocina, teléfono fijo, lavadora, refrigeradora y computadora), hacinamiento (habitaciones para dormir y miembros del hogar) y material predominante de los pisos. (Asociación Peruana de Empresas de Investigación de mercados APEIM).

1.6.6 Situación jurídica:

Se compone de los derechos y de las obligaciones que se atribuyen a un individuo bajo determinadas condiciones y en un cierto contexto. Los sujetos de derecho, por lo tanto, pueden ser el centro de posibles relaciones jurídicas reguladas por las normas vigentes, dentro del marco judicial de la pena privativa

de libertad se encuentra en espera del dictamen (proceso) o se le dictaminó sentencia. (Código Penal Peruano)

1.6.6.1 Sentencia:

Es una resolución de carácter jurídico (dictado por un juez o por un tribunal), que permite dar por finalizado una contienda dentro de un proceso judicial. (Código Penal Peruano).

1.6.6.2 Proceso:

Es la añadidura y valoración de documentación escrita en toda causa civil o criminal que sirve para entender y esclarecer los hechos; dentro de un marco jurídico. (Código Penal Peruano).

1.6.7 Ideación suicida:

Es la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia; con diversos grados de intensidad y elaboración. Sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño. (Organización Mundial de la Salud)

1.6.8 Intento de suicidio:

Es la conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir. Expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte. (Organización Panamericana de la Salud).

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Khan, et al (2012): Estudio descriptivo y exploratorio: "Incidence of depression among incarcerated woman in central prison, Peshawar, Pakistan" tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la depresión entre mujeres presas en Peshawar, Pakistán. Se entrevistó a 140 internas de las cuales 64 decidieron participar; las edades comprendieron entre 16 a 65 años de edad años. Las entrevistas se realizaron utilizando la escala de Depresión de Hamilton.

De las 64 mujeres, 38 (59,4%) sufrieron de depresión. 73,7% cumplieron los criterios para episodios de depresión leve, 21,1% para episodios moderados y 5,3% para los episodios depresivos graves. Las mujeres de mediana edad (31-40 años) fueron las más afectadas. La depresión fue más común entre las internas de viviendas urbanas (60,5%) y de bajos ingresos (64,5%). También se encontró que la incidencia de depresión era en la mujer casada.

Se encontró que las mujeres casadas de mediana edad con un bajo nivel socioeconómico corrían un mayor riesgo de depresión ($p=0.052$)³².

Pulido- Criollo, et al (2009): Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo en mujeres de 18 a 50 años de dos prisiones del estado de Veracruz, México: los penales Pacho Viejo (PV) y Fortaleza San Carlos (FSC). Se aplicó la escala de depresión de Hamilton y se relacionó su puntaje con las características sociodemográficas de las participantes (edad, estado marital, número de hijos, actividad laboral dentro del penal y número y frecuencia de visitas que recibía) y su situación jurídica, tipo de delito cometido y tiempo de sentencia; En el penal PV, 32 internas (62,7%) de 51, cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar voluntariamente en el estudio; mientras que de 21 mujeres del penal FSC, 19 (90,5%) participaron en el estudio.

Esta investigación nos indica que las mujeres encarceladas de 18 a 27 años, solteras, con hijos y con insuficiente apoyo social son las que con mayor frecuencia presentan trastornos depresivos.

Del Penal Pancho Viejo (32) el 100% presentaba depresión así como del penal Fortaleza San Carlos (19)³³.

2.2 MARCO TEÓRICO:

2.2.1 Trastornos mentales:

Se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás; lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo ³⁴.

Aunque existen diversas categorías de trastornos mentales, las principales están basadas en los trastornos neuróticos y los trastornos psicóticos.

Los mencionados en primer lugar alteran la percepción que el individuo tiene en torno a sí mismo y el grado de aprobación del Yo. Más allá de esto, no representan una distorsión del plano real ni provocan aislamientos importantes de la vida social.

Los trastornos psicóticos, en cambio, pueden incluir delirios, fuertes dificultades de carácter afectivo y relacional o alucinaciones. Por lo general, estos están determinados por razones orgánicas relevantes¹⁹.

Según DSM – 5³⁵: es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político., religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

El diagnóstico de un trastorno mental no equivale a una necesidad de tratamiento. La necesidad de tratamiento es una decisión clínica compleja que debe tomar en consideración la gravedad del síntoma, su significado (p. ej. la presencia de ideas de suicidio), el sufrimiento del paciente (dolor mental) asociado con el síntoma, la discapacidad que implican dichos síntomas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos disponibles y otros factores (p. ej. síntomas psiquiátricos que complican otras enfermedades).

Por eso a veces el médico se encuentra con pacientes cuyos síntomas no cumplen todos los criterios de un trastorno mental pero que claramente necesitan tratamiento o asistencia.

2.2.2 Depresión

2.2.2.1 Definición: La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas¹. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales¹⁹.

Se entiende por depresión un trastorno de estado de ánimo en el cual este se desplaza hacia la tristeza y la persona nota una considerable disminución de energía e interés en la mayoría de actividades de la vida diaria, que la limitan para desarrollarlas como lo hacía hasta ese momento, acompañado de un notable pesimismo que no corresponde con el carácter habitual de la persona. Estos cambios originan un deterioro del funcionamiento interpersonal y una pérdida de interés en los que le rodean³⁶.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de

recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2012 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales³⁴.

En resumen, la depresión es un trastorno afectivo del estado de ánimo que incapacita al que la sufre para disfrutar de las cosas de las que antes disfrutaba, caracterizada por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además, grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas parecidos, incluidas las perturbaciones del sueño y el apetito, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer³⁷.

2.2.2.2 Epidemiología:

El trastorno depresivo mayor tiene una elevada prevalencia, del 8% al 15% de la población en general. Si bien en un porcentaje alto de casos no llega a la consulta de psiquiatría (sólo el 10%). En Europa representa el 7% de mortalidad prematura¹⁹

En España el riesgo a lo largo de la vida es casi el doble en mujeres (16.5%) que en hombres (8.9%), las tentativas de suicidio en general son más frecuentes en mujeres, si bien el suicidio consumado lo es en varones³⁸.

En Perú la prevalencia de trastornos depresivos en mujeres es 12.4% y en los hombres 6.1%; mientras que la depresión en la costa es 18.2%; en la Sierra 16.2% y en la Selva peruana, la depresión es 21.4%³⁹

Como algunos factores de riesgo apuntaremos la pobreza, enfermedades crónicas (físicas y mentales), consumo de alcohol-tabaco, circunstancias laborales adversas, estado civil, estrés crónico, antecedentes familiares de

depresión, rasgos desadaptativos de la personalidad, trastornos de ansiedad, migraña⁴⁰.

2.2.2.3 Etiopatogenia:

Podemos considerar que sobre una carga genética determinada, propia del individuo, actúan una amplia serie de factores a lo largo de la vida que en un momento determinado pueden devenir en la aparición de síntomas depresivos.

Una de las explicaciones fundamentales y con correspondencia directa con los tratamientos biológicos que se han mostrado eficaces en la depresión, es la teoría de disregulación heterogénea de neurotransmisores (monoaminas), en torno a un déficit de transmisión a nivel de sinapsis neuronal serotoninérgico, noradrenérgico o dopaminérgico; explicación refrendada por la mejoría clínica que se produce al incidir aumentando la neurotransmisión a estos niveles⁴¹.

Otros factores neuroquímicos implicados son los sistemas de los neurotransmisores GABA y glutamato, que regulan la excitabilidad neuronal (de forma inhibitoria y excitatoria, respectivamente), y el papel en boga y aún escasamente conocido de los segundos mensajeros más allá de la sinapsis neuronal. Todo esto se ve afectado asimismo por mecanismos de regulación neuroendocrina. Desde la neurofisiología se propone la hiperactivación neurofuncional asociada a disfunción vegetativa, con alteraciones en los ciclos del sueño y la participación de factores lumínicos en relación al núcleo supraquiasmático.

También se ha resaltado la implicación de estructuras neuroanatómicas determinadas como el córtex prefrontal (funciones ejecutivas), el sistema límbico, ganglios basales e hipocampo⁴².

2.2.2.4 Síntomas:

Los síntomas pueden ser psíquicos y somáticos.

Psíquicos:

- Alteraciones de la afectividad

Tristeza, llanto, pesimismo, pérdida de motivación, desesperanza, pérdida de interés, incapacidad para imaginarse situaciones placenteras y realizarlas,

ansiedad, apatía. La persona se encuentra sin iniciativa, le parece que no va poder enfrentarse a los problemas cotidianos.

- Alteraciones del pensamiento y del lenguaje

Disminución de la autoestima.

Se ve pequeño, incapaz, sin fuerzas.

Egocentrismo.

La persona se centra en lo que le sucede, el pensamiento se vuelve hacia dentro, deja de prestar atención a lo que ocurre a su alrededor.

Pensamientos negativos.

La persona olvida los momentos pasados en que resolvía los problemas de una manera sencilla, sin planteárselo. “Olvida que hace pocos días tenía una gran facilidad para las relaciones sociales, empieza a pensar que es un estorbo y que nunca dejará de serlo, que no aporta nada positivo en el trabajo ni en la familia, que es una carga, que no vale nada. “Preferiría tener un dolor”, “un malestar, algo que se viera”. En ocasiones, este pensamiento llega al delirio que puede ser de culpa y ruina u obsesionarse con enfermedades inexistentes, e incluso pensar en suicidarse como única salida a su situación⁴³.

Fallos de la atención y de la memoria.

Comienzan a ser frecuentes las distracciones, los fallos de memoria, parece como si nada de lo de afuera importara. Está convencida de que nadie puede entender lo que le sucede (ya que ni ella misma lo entiende). A veces, estos fallos pueden dar lugar en personas mayores a confusiones con cuadros de tipo demencial.

- Alteraciones del comportamiento

Aislamiento.

Cuando está con los compañeros, la persona le encuentra menos sentido a las bromas, empieza a encontrarse mal, pero no le duele nada, Al día siguiente, vuelve a sentirse mal, el hecho de no dormir le vuelve aún más irritable, ya no permite a su lado a nadie, únicamente desea estar solo.

Inhibición.

La actividad disminuye, desaparece la expresividad, la rapidez, la lentitud se apodera del espacio, y cuando realiza una actividad lo hace sin una meta, sin un sentido, de forma que ésta se convierte en agitación, en inquietud⁴⁴.

Somáticos:

- Alteración del sueño

La persona depresiva se despierta más temprano de lo habitual o no consigue conciliar el sueño.

- Alteraciones de la energía

“Las pilas se quedan a cero o casi”. Se encuentra como si el organismo, en unos días se hubiera oxidado, le falta el lubricante que haga naturales todas las acciones. Existen muchas depresiones que pasan enmascaradas porque la persona sabe ocultar los síntomas a la gente que está a su lado.

- Alteraciones del apetito

Tiene menos apetito, puede aparecer estreñimiento y disminución de peso. En algunos casos, se produce un aumento del apetito.

- Alteraciones de la libido

Se manifiesta con disminución o pérdida del deseo sexual, esto puede dar lugar a problemas de pareja, ya que la otra persona puede pensar que ha dejado de resultar atractivo/a.

- Somatizaciones propiamente dichas.

Las cefaleas, dolores generalizados y mareos son algunos de los síntomas somáticos con que se puede manifestar la depresión, sobre todo, cuando se asocia a estrés o problemas crónicos que a veces se presentan, en ocasiones la persona que padece depresión se avergüenza de tenerla, puesto que desconoce que es una enfermedad similar a cualquier otra⁴⁵.

Es fundamental diferenciar entre tristeza vital normal y tristeza vital patológica. Se marca esta diferencia valorando la afectación social existente y la desproporción entre el estímulo desencadenante identificable e intensidad y duración de los síntomas presentes. Los procesos de duelo no deben

confundirse con cuadros depresivos sin más porque la actitud psicoterapéutica y farmacológica es diferente.

El contacto del paciente depresivo tiene una serie de características posibles como la facie triste, una apariencia descuidada, un curso bradipsíquico, disminución de la reactividad.

Puede aparecer inhibición psicomotriz y más raramente agitación, más propio de las melancolías involutivas y ancianos, y puede dar lugar a dificultades diagnósticas⁴⁰.

Depresión unipolar: Durante los episodios depresivos típicos hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica⁴¹.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

2.2.2.5. Diagnóstico Clínico:

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de verbalización en diferentes pacientes.

2.2.2.5.1 Criterio Diagnóstico:

CIE 10⁴⁶: Divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos), recurrente o persistente. En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- 1) ánimo depresivo, la mayor parte del día y casi todos los días, poco modificable por circunstancias ambientales.
- 2) pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- 3) aumento de la fatigabilidad o falta de energía.

A: El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras — Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta — Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual — Empeoramiento matutino del humor depresivo — Presencia de enlentecimiento motor o agitación — Pérdida marcada del apetito — Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes — Notable disminución del interés sexual.

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

DSM -5³⁴: Los tipos de depresión son:

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
 - Con inicio durante la intoxicación
 - Con inicio durante la abstinencia
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado
- Trastorno depresivo mayor

Cada uno de los cuales se puede presentar:

- Con episodio recurrente
- Sin episodio recurrente
- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo
- Con catatonía
- Con inicio en el periparto
- Con patrón estacional

Conociendo los síntomas principales de la depresión mayor:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Podemos considerar en tres grados: leve, moderado, severo

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas Especificadores para trastornos depresivos causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

2.2.2.5 Escalas de valoración:

Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son:

➤ Escala de depresión de Hamilton⁴⁷:

Fue publicada por primera vez en 1960 en la Revista de Neurobiología, Neurocirugía y Psiquiatría en Londres. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva⁴⁸. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. Impresión Clínica Global de Gravedad: $p < 0,001$; validez convergente (Hamilton Depression Rating Scale: $p < 0,05$ y $0,01$), consistencia interna (α de Cronbach: 0,88; sensibilidad al cambio (tamaño del efecto: 2,05).

Es una escala heteroaplicada, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos. Existe una versión reducida realizada de 17 ítems que incluyen: ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales,

síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos. Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 52. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana⁴⁹ son:

No depresión 0- 7

Ligera/menor 8- 13

Moderada 14- 18

Grave 19 - 22

Muy grave >23

Para la evaluación de respuesta a un tratamiento, se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala, como respuesta parcial, una disminución entre el 25 y 49% y no respuesta, una reducción de menos del 25%. En los ensayos clínicos, el criterio de inclusión más utilizado fue una puntuación ≥ 18 y considerando remisión, una puntuación ≤ 7 ⁵⁰.

- Inventario de depresión de Beck⁵¹: El modelo de Beck sobre la depresión plantea una cadena de elementos causales, estos son los esquemas cognitivos, los sesgos cognitivos (también conocidos como errores de procesamiento) y la tríada cognitiva. coeficiente alfa de Cronbach = 0,93.

Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana⁴⁹ son:

Ausente o mínima:	0-9
Leve:	10 -16
Moderada	17 -29
Grave	>30

- Escala de depresión geriátrica de Yessavage⁵² (GDS): Para su uso en el tamizado de trastornos depresivos en pacientes mayores de 65 años. sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89%, con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$). Consta de 15 ítems.

Los puntos de corte son:

- 0 - 5 : Normal
- 6- 10: Depresión moderada
- + 10 : Depresión severa

- Escala de Birlson⁵³: El valor alfa de Cronbach es de 0.85. Esta escala puede ser utilizada de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión de los adolescentes.
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg⁵⁴: Es una escala heteroaplicada publicada en 1979, que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión y obtenidos a partir de la Comprehensive Psychopathological Rating Scale. La escala debe ser administrada por un clínico y existen versiones autoaplicadas. Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar la información de fuentes distintas al paciente. El marco temporal de la evaluación se corresponde

a la última semana o a los tres últimos días y la validación de las versiones en español fue realizada en 2002. La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60. No existen puntos de corte definidos pero los recomendados por la Asociación psiquiátrica Americana⁴⁸ son:

No depresión	0 - 6
Ligera/menor	7 -19
Moderada	20 - 34
Grave	35-60

Estos instrumentos nos permiten realizar una monitorización sintomática, evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento.

2.2.2.6 Diagnóstico Diferencial:

Enfermedades médicas: anemia, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, lupus eritematoso sistémico, epilepsia, diabetes, hepatitis, mononucleosis (adolescentes), neumonía (ancianos), demencia, ACV, VIH, neoplasias.

Fármacos: glucocorticoides sistémicos (también pueden inducir manía), anticonceptivos orales, interferón, cardiológicos y antihipertensivos, antirretrovirales, antibacterianos, antimicóticos, antineoplásicos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes, neurolépticos, estimulantes y anorexígenos, analgésicos y antiinflamatorios, anticolinesterásicos, sedantes en general.

Trastornos de angustia/ansiedad: los estados de ansiedad mantenidos acaban llevando a síntomas depresivos.

Pseudodemencia depresiva/demencia: en cuadros demenciales el paciente suele negar, minimizar o tratar de ocultar los déficits, frente al predominio de quejas cognitivas del depresivo.

Trastornos obsesivos: la diferencia se encuentra en la aparición de las ideas obsesivas en edades más tardías, el carácter episódico de las mismas y su desaparición cuando mejora el cuadro afectivo.

Esquizofrenia: dificultad en el deprimido, en el caso de existencia de síntomas negativos (abulia, aplanamiento afectivo, alogia) en un primer episodio psicótico en pacientes jóvenes, en el cual no se dé esta productividad⁵⁵.

2.2.2.7 Tratamiento

2.2.2.7.1 PSICOTERAPÉUTICO

La actitud psicoterapéutica debe plantearse ante cualquier cuadro depresivo, de alguna manera está (o debería estar) implícita en mayor o menor medida en cualquier acto con fines terapéuticos. Si bien las terapias psicológicas son consideradas un tratamiento eficaz de los trastornos depresivos sobre todo las diseñadas específicamente, el hecho de comparar los distintos enfoques terapéuticos entre sí tiene evidentes limitaciones, fundamentalmente a la hora de cuantificar entre otros la efectividad del psicoterapeuta con una técnica determinada (formación, experiencia, habilidades propias del terapeuta). Este hecho es más notable en el caso de terapias de orientación dinámica. De los estudios realizados las de mayor evidencia científica (dentro de las limitaciones citadas) serían la terapia cognitivo-conductual y la interpersonal, que han mostrado eficacia en las depresiones de carácter leve y moderado, y en combinación con antidepresivos en las graves. En general, las terapias conductistas se centrarían en el aprendizaje de sentido de control y manejo del entorno mediante el uso de reforzamiento positivo; las terapias cognitivas en la reformulación de distorsiones cognitivas; en la terapia interpersonal la focalización en problemática interpersonal actual en relación a relaciones disfuncionales tempranas; mientras que las terapias de orientación psicoanalítica irían hacia la comprensión del síntoma y sus motivaciones inconscientes⁴¹.

2.2.2.7.2 FARMACOLÓGICO

El empleo de antidepresivos para el tratamiento de los trastornos depresivos se generalizó a partir de los años 50. Existen varios grupos de antidepresivos, entre los cuales se encuentran los antidepresivos heterocíclicos y afines, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos noradrenérgicos y los de acción dual etc. De los estudios en los que se ha comparado la eficacia entre los

antidepresivos tricíclicos, los ISRS y otros nuevos antidepresivos se concluye que no existen diferencias de forma general entre ellos significativas a favor de los tricíclicos, venlafaxina y escitalopram, su significado clínico es incierto o no relevante. Una opción correcta sería emplear aquellos que a igualdad de efectividad tuviesen un menor perfil de efectos adversos, mejor tolerabilidad y menor potencial de toxicidad ante sobredosis.

Antes de iniciar tratamiento es preciso recoger episodios previos, edad de inicio, duración, tratamiento utilizado previo, patología médica asociada y tratamientos concomitantes por riesgo de interacciones. En la elección, además de la clínica actual, será fundamental considerar los antecedentes personales y familiares de éxito en tratamiento con un fármaco determinado, lo que lo convertiría en un tratamiento de primera elección. En general, debemos utilizar un fármaco a dosis suficiente y durante el tiempo necesario antes de considerar su falta de efectividad. El tiempo mínimo para considerar falta de efectividad en el caso de los antidepresivos es de cuatro a seis (u ocho) semanas, hecho que debe ser conocido por el paciente (en el sentido de que no será un efecto inmediato con un periodo de latencia de unas dos semanas). En caso de mejoría parcial, considerar un escalado hasta la dosis máxima terapéutica. Pero si en dos a cuatro semanas no se aprecia mejoría alguna sobre síntomas diana, considerar otras estrategias como cambio de antidepresivo, asociación racional de un segundo fármaco antidepresivo, o estrategias de potenciación (litio y hormona tiroidea las de mayor evidencia; olanzapina). En caso de combinación, atención al riesgo de desarrollo de hipomanía farmacógena y de síndrome serotoninérgico (variable: ansiedad, confusión, inquietud o agitación psicomotriz, temblor, incoordinación, mioclonías, riesgo de mortalidad). En caso de fracaso de varias líneas terapéuticas, considerar un antidepresivo IMAO (con el riesgo crisis hipertensivas graves con tiramina)⁵⁵.

Ante un paciente que no responde al tratamiento siempre reevaluar, verificando cumplimiento en dosis adecuada y el tiempo necesario (debe explicarse con claridad al paciente el tratamiento desde el inicio, facilitándole una nota comprensible con el nombre, dosis, tomas diarias y tiempos siempre reescribir en caso de ajustes), considerando a continuación diagnóstico diferencial (incluyendo causas somáticas).

2.2.3 Pena privativa de libertad:

Tipo de pena impuesta por un juez o tribunal como consecuencia de un proceso penal y que consiste en quitarle al reo su efectiva libertad personal ambulatoria (es decir, su libertad para desplazarse por donde desee), fijando que para el cumplimiento de esta pena el sentenciado quede recluido dentro de un establecimiento especial para tal fin.

Estas sanciones que afectan la libertad ambulatoria del condenado y determinan su ingreso y permanencia en un Centro Carcelario, pueden ser de dos tipos. En primer lugar tenemos la Pena Privativa de Libertad Temporal, cuya duración se extiende desde dos días hasta un máximo de 35 años. Y, en segundo lugar, contamos también con una pena de carácter atemporal y que es la Cadena Perpetua, la cual es de duración indeterminada. Estas sanciones se cumplen conforme a las disposiciones del Código de Ejecución Penal y son las que se aplican con mayor frecuencia en el país. La ley reserva el uso de las penas privativas de libertad para un número importante de delitos como el homicidio, el hurto, el robo, el terrorismo o el tráfico ilícito de drogas.

De acuerdo a la Constitución Política de la República, se puede entonces inferir que el hombre o mujer que se encuentra privado de su libertad es un sujeto de derechos en las mismas condiciones en que están los que se encuentran en libertad y que más allá de los que la propia sentencia condenatoria les priva (libertad de tránsito fuera del establecimiento en que se encuentre, derechos políticos, inhabilitación civil, y otros) estos se encuentran en el pleno ejercicio de sus derechos fundamentales y el Estado por el mismo hecho de encontrarse bajo su tutela jurídica, por su condición de privado de libertad, está en la obligación de satisfacerlos y garantizar su respeto².

2.2.4 Delito:

2.2.4.1. Definición:

La palabra delito deriva del verbo latino *delinquere*, que significa abandonar, apartarse del buen camino, alejarse del sendero señalado por la ley (la infracción de la Ley del Estado, promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente daños⁹.

Es toda acción u omisión que, por malicia o negligencia culpable, da lugar a un resultado dañoso, estando prevista o tipificada en la ley penal dicha acción u omisión con el señalamiento de la correspondiente pena o castigo. Cuando dicha conducta no alcanza la gravedad precisa para ser calificada como delito, puede encuadrarse en las faltas o delitos menores, cuya tipificación en la ley penal se hace separadamente de los delitos. Cuando la pena venga determinada por la producción de un ulterior resultado más grave, sólo se responderá de éste si se hubiere causado, al menos, por culpa. Se dice que hay delito doloso cuando el autor del mismo ha querido el resultado dañoso; cuando no se quiere dicho resultado, pero tampoco se evita, se dice que hay delito culposo. Es delito de comisión el que conlleva una actividad del autor que modifica la realidad circundante; y se habla de delito de omisión cuando la conducta delictiva del autor ha consistido en un no hacer o abstención de actividad².

2.2.4.2 Clasificación:

Delitos de primera velocidad:

Son los delitos que lesionan bienes jurídicos y que se encuentran consagrado en la Constitución, son derechos fundamentales que su vulneración o afectación son reprimidos con penas altas, a razón de tratarse de bienes jurídicos, tutelados que son inherentes a la persona, asimismo reciben el calificativo de delitos clásicos, como lo son el derecho a la vida, al patrimonio, entre otros, un ejemplo de ellos el delito de homicidio, asesinato, robo, etc.

Delitos de segunda velocidad:

Referidos a aquellos delitos de riesgo o más conocidos como delitos de peligro que a su vez, se clasifican en delitos de peligro concreto y abstracto, como por ejemplo el delito de conducir en estado de ebriedad o drogadicción o tenencia ilegal de armas de fuego.

Delitos de tercera velocidad.- En los cuales se encuentran los delitos del enemigo, referidos a aquellos delitos en los que se atentan contra el mismo sistema, como lo son los delitos de terrorismo o traición a la Patria².

2.2.5 Ideación suicida:

2.2.5.1. Definición:

La idea suicida consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia. Aunque existen muchas discrepancias acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida. Se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal”, basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte¹⁹. Tales actos también a menudo se llaman “intentos de suicidio” (un término común en los Estados Unidos), “parasuicidio” y “daño autoinfligido deliberado” (términos que son comunes en Europa). Para diferenciar algunas denominaciones haremos breves definiciones de los comportamientos autolíticos:

Conducta suicida: Hace referencia a un *continuum* de actos que incluyen las amenazas, el gesto, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que se solapan entre sí. Incluye todo acto que realizado por un individuo de forma voluntaria aparentemente pretende acabar con su propia vida. Debe diferenciarse de las autolesiones sin finalidad suicida⁵⁶.

Amenaza suicida (gesto): Acto de alto contenido emocional, que no ocasiona ninguna lesión al paciente. “Intento de intento de suicidio”.

Tentativa de suicidio: Se realiza un acto que no produce la muerte del individuo pero sí que le produce algún tipo de injuria o lesión física.

- Suicidio frustrado o intento de suicidio muy grave: consciente y libremente se infringe la muerte sabiendo las consecuencias, pero el ambiente (hecho imprevisible) cambia el fin. “Suicidio consumado in vivo”.
- Intento de suicidio (en sentido estricto): de gravedad moderada pero que no llega a comprometer la vida.
- Parasuicidio o intento de suicidio leve: sin una clara finalidad suicida, ocasiona lesiones físicas banales⁵⁷.

Suicidio: Muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir. Así pues, la OMS propone como criterios operativos de un suicidio:

- a) un acto con resultado letal;
- b) deliberadamente iniciado y realizado por el individuo,
- c) sabiendo o esperando el resultado letal y
- d) la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.

2.2.5.2 Epidemiología:

El suicidio ocupa la séptima causa de muerte en el mundo. Los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud hablan de casi un millón de muertes por suicidio al año (14,5 por cada 100.000 h, un suicidio cada 40 segundos). Se estima que en 2020 podría llegar a ser la causa de 1,5 millones de muertes anuales¹⁹.

Hay variaciones importantes en lo que concierne en las tasas del suicidio entre los diferentes países. También hay que tener en cuenta que algunos no declaran una proporción importante de sus suicidios.

Las tasas de suicidios reportados a la OMS son mayores en países de Europa Oriental, incluyendo Lituania, Estonia, Bielorrusia y la Federación Rusa (45 y 75 por 100.000). Por el contrario, los datos declarados de suicidio son menores en los países Mediterráneos y los países católicos de América Latina (Colombia y Paraguay), Asia (Filipinas) y los países Musulmanes (Pakistán) (< 6 por 100.000). En los países desarrollados de América del Norte, Europa, Australia y Asia (incluyendo Japón y China), las tasas de suicidio tienden a estar entre dos extremos, oscilando entre un 10 a un 35 por 100.000. No hay disponibles datos de suicidio de muchos países de África y América del Sur¹⁹.

Así mismo se estima que hay de 10 a 40 tentativas suicidas por cada suicidio consumado. Dicho número se ve aumentado en población adolescente (100 a 200 tentativas por suicidio consumado) y disminuye notablemente en ancianos¹⁸. Según el Instituto especializado de Salud Mental del Perú, la relación de intento de suicidio entre mujeres y varones es de 3/1³⁹.

2.2.5.3 Etiopatogenia:

La conducta suicida es compleja ya que en ella intervienen diversos factores: Genéticos: Diversos tipos de estudios (familiares, de gemelos, de adoptados) demuestran una heredabilidad del suicidio consumado independiente de la de los trastornos mentales⁵⁸.

Neurobiológicos (Alteraciones bioquímicas): Diversos estudios han demostrado que la hipofunción serotoninérgica se relacionaría con conducta suicida y sería un marcador de riesgo.

La hipocolesterolemia, se ha relacionado en múltiples estudios en su mayoría transversales con los intentos de suicidio. Sin embargo, su papel causal (parece ser más bien una relación colateral o indirecta), en estudios longitudinales y su relación con el suicidio consumado es menos clara.

Se ha postulado también el papel de las hormonas sexuales. En diferentes estudios se halla un aumento de los intentos de suicidio en el periodo premenstrual⁵⁹.

Sociológicos: Está claro que los cambios sociales y económicos inciden notablemente sobre las tasas de suicidio consumado (aumento en los países del Este tras la caída del comunismo, y en las épocas de crisis económica).

Teoría Clásica de Durkheim (finales siglo XIX, división en 3 categorías sociales):

- Egoístas: personas no integradas a ningún grupo social (solteros y zonas rurales).
- Altruistas: excesiva integración a un grupo. Suicidio producto de esa integración (kamikazes, terroristas suicidas).
- Anómico: no pueden seguir las normas del grupo en el que están integrados.

Psicológico:

Teoría de Freud: suicidio como la agresión dirigida hacia el interior contra un objeto de amor introyectado y ambivalentemente catéxico. No puede haber suicidio sin deseo previo reprimido de matar a alguien. Actualmente no se tiene convencimiento de que el suicidio se asocie a estructuras psicodinámicas o de personalidad específicas.

Teorías cognitivo-conductuales:

Beck: papel central de la desesperanza.

Rudd: modelo de triple vulnerabilidad 1. Cognitiva (pensamiento rígido y dicotómico). 2. Biológica 3. Conductual.

Modelo vulnerabilidad-stress: Integra diferentes factores: en los pacientes suicidas existe una vulnerabilidad genética, pero también adquieren una vulnerabilidad ambiental cuando experimentan stress o *life-events* negativos sobre todo en la infancia.

Finalmente rasgos caracteriales o conductuales (impulsividad, fácil hostilidad, ansiedad y pobre inhibición conductual) y/o estados de Trastorno mental (sobre todo la depresión) determinan la descarga suicida⁵⁹.

2.2.5.4 Características de la Conducta Suicida:

Método de Suicidio:

No violento.

Incluyen las intoxicaciones medicamentosas voluntarias por fármacos (90%) u otras sustancias y la venotomía en el brazo no dominante.

En general, los métodos no violentos, suponen un menor riesgo de consumar el suicidio.

Violento.

Incluyen el resto de métodos y son indicadores objetivos de la intención letal (precipitación, ahorcamiento, armas). Cuanto menor es el tiempo de “no retroceso” de la acción letal, menor es la probabilidad de ser “rescatado” de la muerte. Por ello, algunos productos químicos de acción fulminante son indicadores de alta intencionalidad letal. En general, suponen una mayor gravedad y un mayor riesgo de consumar el suicidio²⁵.

Gravedad somática:

Leve: El tratamiento se limita a los primeros auxilios.

Moderada: La toxicidad o las lesiones requieren cuidados generales en servicios de urgencias durante 24-48 horas.

Grave: Requieren ingresos en unidades de cuidados intensivos, hospitalización en otros servicios, tratamientos especiales, etc.

Impulsividad

Planificado:

Se acompañan de ideación suicida previa de días de duración. La intencionalidad letal es mayor con la premeditación, cuando se “dejan las cosas en orden”, o la redacción de una “nota de despedida”, y sobre todo cuando se toman medidas para impedir “ser rescatado”.

Impulsivo.

Relativizan el riesgo letal, al igual que el “dejar pistas” o incluso las “demandas de ayuda”.

Características:

A.- Idea suicida sin planeamiento de la acción: Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: “No sé”.

B.-Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico. Es común cuando se le pregunta de qué forma ha pensado quitarse la vida, responda lo siguiente: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, tirándome delante del tren”.

C.-Idea suicida con un método específico pero no planificado: Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.

D.- Plan suicida: Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el

propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta. (Asociación Mundial de Psiquiatría)¹⁸.

Recomendaciones para evaluar una posible ideación suicida o tras una tentativa³⁴.

- Tomarse en serio todo intento de suicidio; las tentativas con fin manipulativo en ocasiones también conducen al paciente a la muerte.
- El suicidio puede afectar a personas sin antecedentes psiquiátricos ni patología psiquiátrica mayor: cuadros adaptativos, personalidades inmaduras.
- Conseguir toda la información y apoyo posible, especialmente de familiares.
- Resulta imprescindible una actitud de comprensión y empatía para poder llegar a un juicio diagnóstico correcto que nos permita el mejor enfoque terapéutico.

2.2.5.5 Escalas de Medición:

➤ Escala de Ideación Suicida de Beck:

La carencia de definiciones en torno al comportamiento suicida condujo a que en 1970 se convocara a la constitución de un comité de clasificación (presidido por Aaron Beck) en el Centro de Estudios para la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Como resultado, el comportamiento suicida quedó clasificado en tres grandes constructos para su investigación: ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado. Cada constructo tiene sus propias variables de explicación, grado de letalidad y método. Ha sido ampliamente aplicada desde su estandarización a pacientes psiquiátricos hospitalizados y en contextos ambulatorios. También se ha administrado a estudiantes universitarios.

Consta de 19 ítems, estos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada ítem se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala es la suma

de los valores asignados a los 18 primeros ítems (el ítem 19 tiene solo valor descriptivo ya que solo se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio). El rango e puntuación total es de 0- 38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

El análisis factorial ha puesto de manifiesto la existencia de tres factores principales en la construcción de la escala: expectativa de resultado, conductas de aislamiento y actividades de planificación.

La fiabilidad inter-observador de los 8 primeros ítems de la escala es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82)⁶⁰.

- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.
- Escala de desesperanza de Beck.

CAPÍTULO III

3.1 VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACION	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICION
Factores asociados	Tipo de delito	Homicidio Hurto Agravado Robo Agravado Tráfico ilícito de drogas	Ficha de datos	Nominal politómica
	Situación jurídica	Sentenciada Condenada		
	Tiempo de reclusión	< 24 meses 24 – 60 meses >60 meses		
Nivel de depresión	Escala de Hammlton	No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23	Escala de Hamilton	Ordinal politómica

Factores socio-demográficos	Grado de instrucción	analfabeta primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa	Ficha de datos	ordinal politómica
	edad	(18 – 33 años) (34 – 49 años) (50 - 65 años) (> 65años)	Ficha de datos	Escalar politómica
	Estado civil	Soltera Casada Conviviente viuda	Ficha de datos	Nominal politómica
	Número de hijos	Ninguno "0" 1-2 3 – 4 >4	Ficha de datos	Ordinal politómica
	Nivel socioeconómico	A/ B/ C/ D	Ficha de datos	Nominal politómica

	Dependencia familiar	Sí / No	Ficha de datos	Nominal Dicotómica
	Número y Frecuencia de visitas por parte de sus familiares	Ninguna 1 – 3 >3	Ficha de datos	Ordinal politémica
	Procedencia	Tacna Moquegua Puno Otro	Ficha de datos	Nominal politémica
Escala de ideación suicida	Escala de ideación suicida de Beck	Sin riesgo Con riesgo	EBIS	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

El presente estudio es de tipo correlacional de corte transversal, prospectivo, de nivel analítico.

El nivel de investigación busca ser explicativo, basándose en la observación de los fenómenos tal como se presentan en su contexto para ser analizados posteriormente.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El penal de Pocollay de mujeres funciona desde el 16 de marzo del 2002 de manera independiente, ya que anteriormente era un pabellón del penal de Varones en Tacna, su ubicación es Avenida Hermanos Reinoso S/N Distrito de Pocollay, provincia de Tacna, Región Tacna.

La Seguridad Interna está a cargo del INPE desde el 16 de Marzo del 2002 y la Seguridad Externa está a cargo de la Policía Nacional. Tiene el Régimen Cerrado Ordinario.

Este penal está construido para albergar 40 internas; pero actualmente alberga a 112 internas; presenta una sobrepoblación del 180%.

4.3 POBLACIÓN

En nuestro trabajo la población estudiada consistirá en la totalidad de las reclusas del Establecimiento Penitenciario de Pocollay en la Ciudad de Tacna, marzo 2017.

4.3.1 Criterios de Inclusión:

- a) Mujeres que cumplen proceso judicial intramuros.
- b) Mujeres que aceptan participar y llenar voluntariamente la ficha de datos, el test de Hamilton y escala de ideación suicida de Beck.

4.3.2 Criterios de Exclusión:

- a) Mujeres que no comprenden el idioma castellano.
- b) Mujeres con algún tipo de trastorno mental incapacitante.

4.4 Estrategia de recolección de datos:

Se solicitó la autorización de la Directora del Penal de Mujeres de la ciudad de Tacna para acceder a las unidades de estudio. Se realizó una charla de motivación a la asistente social y psicóloga del penal para el correspondiente apoyo en explicar el test de Hamilton y la escala de ideación suicida con el objetivo de lograr su participación voluntaria.

Se realizó un cuestionario con preguntas acerca de información general familiar y social. Se les explicó, con respecto al Nivel socioeconómico, A (si anteriormente vivían en zonas residenciales), B (si todos los miembros del hogar tenían sueldos mayores del mínimo vital), C (sueldos no llegan al mínimo vital), D (faltaban servicios básicos). Preguntas estandarizadas por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de mercados APEIM). Así como acerca de la vida institucional (tiempo de permanencia, situación jurídica y tipo de delito), acerca del antecedente de intento suicida.

Los datos fueron anónimos.

Se seleccionaron aquellas entrevistas que cumplieron los criterios de selección, de las cuales se extrajeron las variables de interés, que se registraron en una base de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para nuestro trabajo utilizamos

- La escala de Hamilton de depresión

Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica.

Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Es muy sensible al cambio terapéutico.

Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE⁴⁹, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- ❖ No deprimido: 0-7
- ❖ Depresión ligera/menor: 8-13
- ❖ Depresión moderada: 14-18
- ❖ Depresión severa: 19-22
- ❖ Depresión muy severa: >23

- Escala de ideación suicida de Beck:

Consta de 19 ítems que debe ser completada en el transcurso de una entrevista semi - estructurada. Cada ítem se puntúa de 0 a 2 puntos, y la puntuación total de la escala es la suma de los puntajes de los primeros 19 ítems. El rango de puntuación total es de 0 a 38 puntos, y se considera una puntuación igual o mayor a 1 como indicativa de riesgo de suicidio; a mayor puntuación, más elevado el riesgo de suicidio. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado.

La prueba tiene una consistencia interna alta (alfa de Cronbach = 0,82), y una elevada fiabilidad interobservador ($r = 0,91$).

4.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.

Nuestro trabajo es analítico para ello aplico una estadística analítica; este tipo de análisis estadístico inferencial.

Se realizó el análisis univariado de nivel de depresión en los pacientes, expresado mediante una distribución de frecuencias y porcentajes (%); y el bivariado de depresión versus ideación suicida.

La representación de los datos se realiza mediante tablas, además de determinarse frecuencias, medidas de tendencia central y estimación de proporciones.

Para estimar la asociación entre el nivel de depresión y la ideación suicida, se utilizó chi cuadrado, Odds Ratio y regresión logística binaria.

1.6 ASPECTO ÉTICO:

La investigadora se compromete a mantener la confidencialidad de la información y resultados obtenidos en la presente investigación de la persona que es sujeta de investigación. Por ello en la encuesta no se solicita nombre al participante y es de orden voluntario.

Se hará de conocimiento a la participante el motivo de la investigación y se dejará a decisión de esta su asentimiento para responder a las preguntas de la Ficha de datos a través del Consentimiento Informado (Anexo 3).

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 RESULTADOS

Características de la muestra:

De la población que se estimaba aplicar el instrumento inicialmente (112 reclusas) algunas de ellas decidieron no someterse a los tests (24) y el resto presentó el llenado incompleto y/o con letra ilegible (13); por lo que nuestra población estuvo conformada por 75 reclusas.

Las edades oscilan entre los 20 años hasta los 67 años, con promedio de edad de 39.59 años. El 44.7% (34) son solteras, 26.3% (20) son convivientes, 22.4%(17) son casadas y el 6.6% (4) son viudas; con una media de hijos de 2.69.

De todas ellas el 55.3% (42) pertenece al estrato económico C, 25.0% (19) al B, y al D corresponden el 19.7% (14). Ninguna pertenece al nivel A.

Naturales de Tacna son 30 reclusas (39.5%), seguidas por las que son de Puno 18.4% y Moquegua 10.5% (7); las que son de otras regiones representan el 31.6% (Húanuco, Tumbes, Trujillo, Lima, Bolivia y Colombia).

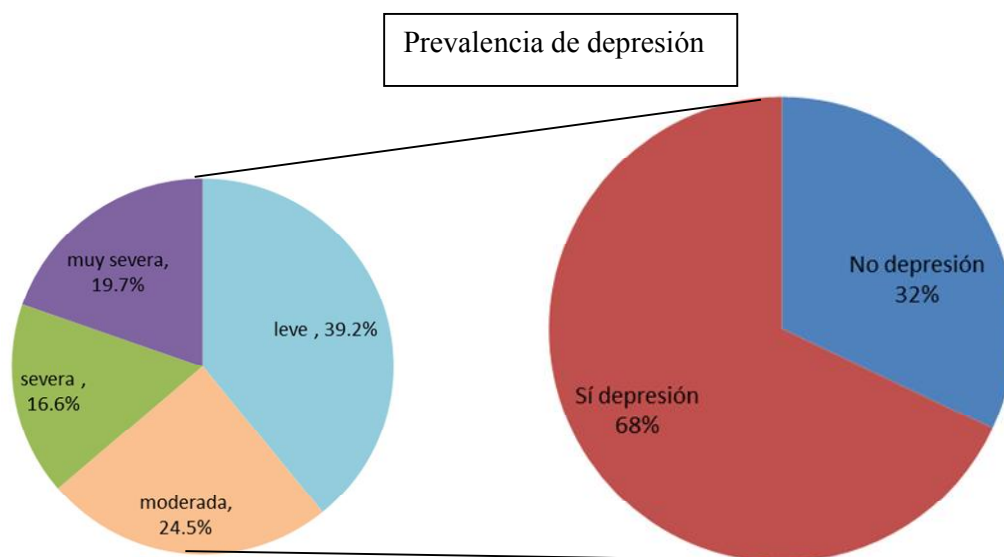
Todas presentan algún grado de instrucción (75); de las cuales predomina las reclusas que cursaron la secundaria 52.7% (40).

El 82.9% de las reclusas son sentenciadas, mientras que el resto (17.1%) son procesadas.

El tráfico ilícito de drogas es el delito más perpetrado con 53.4%, le sigue el homicidio con 21.3% (16).

La mayor prevalencia de depresión se encuentran en las edades que comprenden entre 34 – 49 años (45.3%).

Figura N° 1
Nivel de depresión en las mujeres con pena privativa de libertad del
Establecimiento Penitenciario de Pocollay, en la ciudad de Tacna, marzo
2017



El 68% (51) de las reclusas presenta depresión, de las cuales, muy severa es 19.7% (10).

El 39.2% (20), 24.5% (13) y el 16.6% (8), representa depresión leve, moderada y severa respectivamente.

Tabla N° 1

Características sociodemográficas y prevalencia de depresión en las mujeres con pena privativa de libertad del Establecimiento Penitenciario de Pocollay, en la Ciudad de Tacna, marzo 2017

Variable		N (%)	Depresión		p
			Sí	No	
		75 (100%)	51 (68%)	24 (32%)	
Edad	18 - 33 años	22 (29.3%)	16 (31.4%)	6 (25.0%)	0.692
	34 - 49 años	34 (45.3%)	22 (43.1%)	12 (50.0%)	
	50 - 65 años	18 (24.0%)	12 (23.5%)	6 (25.0%)	
	> 65 años	1 (1.4%)	1 (2.0%)	0	
Procedencia	Tacna	30 (40.0%)	20 (39.2%)	10 (41.6%)	0.594
	Moquegua	8 (10.6%)	4 (7.8%)	4 (16.6%)	
	Puno	13 (17.3%)	11 (21.6%)	2 (8.3%)	
	otro	24 (32.0%)	16 (31.4%)	8 (33.5%)	
Grado de instrucción	primaria incompleta	16 (21.3%)	15 (29.4%)	1 (4.0%)	0.134
	primaria completa	10 (13.3%)	6 (11.8%)	4 (16.0%)	
	secundaria incompleta	29 (38.7%)	19 (37.3%)	10 (40.0%)	
	secundaria completa	11 (14.7%)	6 (11.8%)	5 (20.0%)	
	superior incompleta	6 (8.0%)	2 (3.9%)	4 (16.0%)	
	superior completa	3 (4.0%)	2 (3.9%)	1 (4.0%)	
Estado Civil	Soltera	34 (44.7%)	27 (52.9%)	7 (29.2%)	0.028
	conviviente	20 (26.5%)	8 (15.6%)	12 (50.0%)	
	casada	17 (22.4%)	13 (27.5%)	4 (16.6%)	
	viuda	4 (6.4%)	3 (4.0%)	1 (4.2%)	
nivel Socioeconómico	B	19 (25.3%)	10 (19.6%)	9 (37.5%)	0.11
	C	42 (56.0%)	28 (54.9%)	14 (58.3%)	
	D	14 (18.7%)	13 (25.5%)	1 (4.2%)	

La prevalencia de depresión de las internas cuyas edades oscilan entre los 34 – 49 años es del 64.7% (22); siendo las tacneñas las que presentan mayor índice de depresión 66.6%

En cuanto al estado civil son las solteras las que presentan mayores índices de depresión, 79.4% cuya relación es significativa ($p=0.02$).

Las internas que no finalizaron el colegio 59.3%% (45) son en las que prevalece la depresión con 66.7%; frente a las que terminaron la secundaria y superior, 47.6% (10).

Aquellas que pertenecen al estrato socioeconómico D, tienen mayor índice de depresión con 92.8% (13), frente a las que se ubican en el estrato B 52.6%.

Tabla N° 2

Factores asociados con la depresión en las mujeres del Establecimiento Penitenciario de Pocollay, en la Ciudad de Tacna, marzo 2017

variable		N (%)	Depresión		p
			Sí %	No %	
tipo de delito	Homicidio	16 (21.3%)	12 (23.5%)	4 (16.7%)	0.108
	Hurto				
	Agravado	9 (12.0%)	9 (17.6%)	0 (0%)	
	Robo				
tipo de delito	Agravado	10 (13.3%)	6 (11.8%)	4 (16.6%)	
	Tráfico ilícito de drogas	40 (53.4%)	24 (47.1%)	16 (66.7%)	
Situación jurídica	Sentenciada	63 (84.0%)	43 (84.3%)	20 (83.3%)	0.433
	Procesada	12 (16.0%)	8 (15.7%)	4 (16.7%)	
permanencia	< 24 meses	28 (37.3%)	17 (33.3%)	11 (45.8%)	0.433
	24 - 60 meses	35 (46.7%)	24 (47.1%)	11 (45.8%)	
	> 60 meses	12 (16.0%)	10 (19.6%)	2 (8.4%)	

El 100% de las internas que cometieron el delito de hurto agravado presenta depresión.

Las internas que cometieron homicidio (21.3%), el 75% presenta depresión.

Las internas que están privadas de libertad por tráfico ilícito de drogas que manifiestan depresión son el 60% (24), estadísticamente no significativo (p= 0.108).

El 68.2% (43) del reclusas sentenciadas manifiesta depresión; el 66.7% de aquellas cuya situación jurídica está en proceso (8) presenta depresión

Las internas que están privadas de libertad por más de 2 años el 72.3% manifiesta depresión.

El 81.3% de las internas que permanecen en el establecimiento penitenciario por más de 5 años manifiesta depresión; siendo el máximo tiempo de reclusión 120 meses; con significancia 0.192.

Tabla N° 3

Características propias de la pena privativa de libertad en las mujeres del Establecimiento Penitenciario de Pocollay, en la Ciudad de Tacna, marzo 2017

		Depresión			
variable		N (%)	Sí %	No %	p
	No	4 (5.3%)	3 (5.3%)	1 (4.2%)	0.568
N° de Hijos	Sí 1-2	34 (44.7%)	20 (39.7%)	14 (58.3%)	
	3 -4	21 (27.6%)	15 (29.5%)	6 (25.0%)	
	>4	16 (22.4%)	13 (25.5%)	3 (12.5%)	
N° de visitas	No	14 (18.7%)	11 (21.6%)	3 (12.5%)	0.379
	1- 3 veces	56 (74.7%)	38 (74.5%)	18 (75.0%)	
	más de 3 veces	5 (6.6%)	2 (3.9%)	3 (12.5%)	
Dependencia familiar	No	12 (16%)	3 (5.9%)	9 (37.5%)	0.045
	Sí	63 (84%)	48 (94.1%)	15 (62.5%)	

La media de visitas es 1.87, 14 de la internas no reciben visitas (lejanía y vergüenza familiar) de las cuales el 78.6% presenta depresión

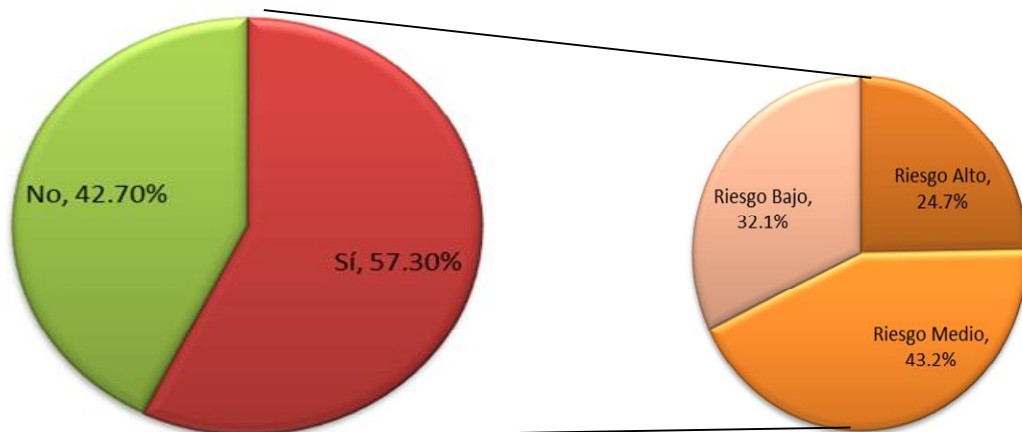
Solo el 6.6% (5) reciben visitas más de 3 veces a la semana; de las cuales el 60% no presenta depresión; aunque las que reciben a sus familiares por lo menos una vez a la semana reflejan depresión el 67.9%.

De las internas que dependía un familiar (hijos, padres) el 76.2% presenta depresión.

Figura N° 2

Ideación suicida en las mujeres con pena privativa de libertad del Establecimiento Penitenciario de Pocollay, en la Ciudad de Tacna, marzo 2017

Ideación Suicida



La prevalencia de ideación suicida es del 57.3% (43), mientras las que no presentan, ni han presentado ideación son el 42.7% (32).

Dentro del riesgo se considera alto al 24.7% (11), presenta riesgo medio el 43.2% (14); y riesgo bajo al 32.1% (18).

Tabla N° 3

Asociación entre la Ideación suicida y el intento en las mujeres con pena privativa de libertad del Establecimiento Penitenciario de Pocollay, en la Ciudad de Tacna, marzo 2017.

		Ideación Suicida					
		N	100%	Sí		No	
		75		(43)	57.3 %	(32)	42.7%
Intento de suicidio	No	50	66.7%	23	53.5%	27	84.4%
	1 vez	19	25.3%	14	32.6%	5	15.6%
	más de una	6	8.0%	6	14.0%	0	0.0%
		p= 0.004		OR: 6.248			

Se puede inferir que los que no han intentado suicidarse (66.7%), sí presentan ideación suicida el 46%.

De las internas que han intentado suicidarse una o más veces (25) el 80% tiene ideación suicida.

El 100% de los que intentaron suicidarse más de una vez han presentado ideación suicida.

La asociación de estas variables es estadísticamente significativa con $p=0.004$ y $OR= 6.248$ lo que significa que existe 6 veces más probabilidad de intento de suicidio en aquellas que presentan ideación suicida respecto a las internas que no la presentan.

Tabla N° 4

Asociación entre depresión y la ideación suicida en las mujeres con pena privativa de libertad del Establecimiento Penitenciario de Pocollay, en la Ciudad de Tacna, marzo 2017.

		Ideación Suicida				p	IC 95 %
		Sí n°(43)	57.3%	No n°(32)	42.7%		
Depresión	Sí (51)	32 (62.7%)	74.4%	19 (37.3%)	57.6%	0.002	12.14 - 33.78
	No (24)	11 (45.8%)	25.6%	13 (54.2%)	42.4%		

Considerando la prevalencia de depresión y la situación actual de ideación suicida, se obtiene un OR= 16.248, lo que nos indica que la depresión ocasiona un riesgo de 16 veces más alto de ideación suicida que los que no sufren de este trastorno, con intervalo de confianza (IC 95%) de un rango 12.14 al 33.78 y $p= 0.002$ lo cual nos indica que la asociación es estadísticamente significativa.

Inducimos que el 62.7% (32) de los que presentan depresión manifiesta ideación suicida.

El 37.3% de las internas que manifiestan depresión, no han presentado ideación suicida.

De las internas que no tienen depresión, el 45.8% si ha tenido ideación suicida y más de la mitad de las internas que no presentan depresión (54.2%) tampoco a presentado ideación suicida.

5.2 DISCUSIÓN:

El trabajo de investigación titulado “Factores asociados a la depresión e ideación suicida en las mujeres con pena privativa de la libertad en el establecimiento penitenciario de Pocollay, en la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017” tiene el objetivo de determinar la asociación entre el tiempo de permanencia en el penal, el tipo de delito y la situación de la internas con respecto a las variables depresión e ideación suicida; en el Perú son muy escasos los estudios acerca de la depresión en esta población vulnerable y no existe bibliografía con respecto a la prevalencia de ideación suicida en los establecimientos penitenciarios; a pesar que estos trastornos constituyen un problema mayúsculo y en cierto sentido olvidado que concierne a la Salud Mental y por ende a la Salud Pública.

A nivel mundial la depresión dentro de establecimientos penitenciarios como EE.UU es 45%⁴³. Existe un rango muy variado de prevalencia de depresión que se analizan desde 39% hasta 70% ⁶¹. A diferencia de lo descrito por el CENECP, donde se afirma que el 85% de la población penitenciaria tiene algún tipo de sintomatología depresiva. En un estudio realizado en Lima indica que las reclusas presentan síntomas depresivos hasta 54%⁶².

La prevalencia de depresión en las mujeres con pena privativa de libertad, en este estudio es 68%; recordemos que este cuadro se presenta más en cárceles por los efectos negativos del encarcelamiento e influye mucho en la Salud mental de las participantes ^(63,64).

En nuestro estudio se encontró con depresión severa y muy severa al 23.7%; tomándose en cuenta que el máximo tiempo de reclusión fue 120 meses y el mínimo de 11 días.

Según los datos del CENECP (2016)² los trastornos de ansiedad son bastantes comunes y estos tienen algunos síntomas similares a los de la depresión, como son los cambios en los hábitos del sueño, dificultad para concentrarse e irritabilidad (DSM – 5).

La bibliografía es contradictoria en lo que respecta a la relación entre el tiempo de condena y los niveles de depresión ^(65, 66), afirma que las personas con tiempo

de reclusión elevado tienden a tener mayores niveles de depresión, por su parte, Palmer y Binks ^(8, 30) no encontraron correlación entre estas variables. Este estudio concuerda con Palmer y Binks, aunque las internas que presentaban una condena mayor a 60 meses 83,3% estaban deprimidas ($p=0.433$).

En este trabajo se encontró una correlación positiva alta ($p=0.028$) entre el estado civil y el nivel de depresión de las participantes lo que significa, que las solteras presentan niveles más altos de depresión, en contraposición, el 94.7% tiene al menos un hijo (dos internas tienen tres hijos dentro del penal) lo que podría significar que sus parejas se desvinculan de ellas. Borja, Agudo, Urquizo⁶⁷, explican que para las mujeres en encarcelamiento significa no solo la privación de la libertad, sino también la separación de la familia, la imposibilidad de cuidar a los hijos, la carencia afectiva, el estancamiento del desarrollo familiar, sin embargo, entre el número de hijos y el nivel de depresión no se encontró una correlación significativa ($p= 0.568$). Según Poehlmann⁶⁸ las madres que guardan prisión son más vulnerables de padecer algún trastorno mental que las reclusas sin hijos al parecer por el dolor moral que experimentan las madres por ver limitado el contacto con sus hijos.

Se encontró una correlación significativa entre la edad y el nivel de depresión ($p=0.692$), lo que significa que las internas con mayor edad manifiestan mayor prevalencia de depresión lo que podría explicar que el sentimiento de culpa aumenta en proporción a la edad⁶⁹. Aunque según la bibliografía se indica que la prevalencia de depresión disminuye al recibir visitas semanalmente y las que mantienen contacto con sus familiares y amigos por teléfono, cartas o visitas se ajustan más adecuadamente al contexto carcelario y presentan menos trastornos de salud física y mental ^(64, 70), en nuestro estudio el 67.8% de las que recibían hasta 3 veces visitas manifestaba depresión.

Estos factores tienen un gran impacto, no solo sobre el estado emocional de las madres encarceladas, sino también sobre su autoestima, autodefinición e identidad como mujer ^(62, 69).

Ahora bien, no existe bibliografía entre la asociación de depresión e ideación suicida en los establecimientos penitenciarios del Perú; pero en otras

investigaciones se ha demostrado que la depresión aumenta 20 veces el riesgo de suicidio ^(63, 64), en nuestro trabajo el riesgo es 16 veces mayor; y los pensamientos de muerte e ideación suicida son frecuentes en personas que atraviesan episodios depresivos, presentando variaciones en su intensidad y letalidad ^(16, 28), y aunque no predice con exactitud cuándo un sujeto va a intentar suicidarse, es útil para la identificación de grupos de alto riesgo como en el presente caso, donde los resultados señalan una correlación alta ($p=0.002$) entre orientación suicida-depresión en población carcelaria. Existe similitud de resultados con la mayoría de los estudios ^(29, 30)

Se encontró asociación entre la presencia de ideación suicida y la depresión; considerando la ideación suicida y la consecuencia o resultado la depresión, se obtiene un OR: 16.248, lo que nos indica que los que manifiestan depresión tienen un alto riesgo de desarrollar ideaciones suicidas (IC 95%) en un rango de 12.14 - 33.78, lo que hace que la asociación sea estadísticamente significativa ($p<0.005$).

Las limitaciones del estudio están relacionadas con haber sido realizado en un solo establecimiento penitenciario, lo que podría impedir la generalización estricta de sus resultados, más aún si se tiene en cuenta el amplio margen sociodemográfico y la diversidad cultural de las personas.

Otra importante limitación fue el tamaño de la población; debido a que si se contara con una población más grande las asociaciones y sus estimaciones serían estadísticamente más confiables.

Podría ser posible que las internas sufrieran de trastorno depresivo en tratamiento lo que disminuiría su prevalencia.

Estudios futuros deberían abordar estas limitaciones para

Una mejor conclusión sobre la prevalencia y factores asociados a la depresión.

5.3 Conclusiones:

- La prevalencia global de depresión en las mujeres con pena privativa de libertad en el establecimiento penitenciario Pocollay en la Ciudad de Tacna, marzo del año 2017 es de 68% de las cuales el 39.2% manifiesta depresión leve; 24.5%, moderada; 16.6%, severa y el 19.7% depresión muy severa.
- Las internas que sufren mayor prevalencia de depresión, tiene como factor sociodemográfico: Las que tienen entre 1 a 4 hijos con 63.6%; las edad comprendida entre los 34 hasta los 49 años, con prevalencia del 64.7%. El 75.5% que no terminó el colegio (primaria y secundaria incompleta) manifiesta depresión y por último el 92.8% de internas que pertenecen al nivel socioeconómico D presentan depresión con significancia $p > 0.005$.
- El tráfico ilícito de drogas, la situación jurídica de sentenciada y permanecer más de 60 meses encarceladas mostraron depresión del 60%, 68.2%, 83.3% respectivamente; no mostraron significancia estadística $p > 0.05$.
- La ideación suicida afecta al 57.3% de las internas de las cuales el riesgo alto afecta al 24.72%; riesgo medio 43.16% y riesgo bajo 32.1%.
- Considerando el nivel de depresión y la situación actual del riesgo de suicidio, se obtiene un OR= 16.248, lo que nos indica que la depresión ocasiona un riesgo de 16 veces más intentos de suicidio que los que no sufren de este trastorno, con intervalo de confianza (IC 95%) de un rango 12.14 al 33.78 y $p = 0.0036$ lo cual nos indica que la asociación es estadísticamente significativa.

Lo que indica que el 62.7% de los que manifiestan depresión manifiesta ideación suicida y adquieren 16 veces más riesgo de presentarla que la población en general.

5.4 Recomendaciones

- Los resultados encontrados en el estudio sirven como base para ampliar futuras investigaciones y medir la depresión e ideación suicida en otros establecimientos penitenciarios para fomentar programas de Salud Mental.
- Implementar programas de prevención y desarrollo personal con el apoyo multidisciplinario y/o potenciar factores que disminuyan la prevalencia de depresión como son las visitas familiares, habilidades interpersonales.
- Promover la preocupación del Ministerio de Salud, realizar capacitación al personal que trabaja en la custodia de las internas para que sepan afrontar distintas situaciones que predisponen al intento de suicidio.
- Realizar un adecuado seguimiento de aquellas que tienen historial de intentos de suicidio mediante programa de medicina preventiva.
- Realizar investigaciones comparativas de depresión y suicidio tanto en Establecimientos Penitenciarios de mujeres y varones.
- Instar con suma urgencia al Ministerio de Salud para la intervención oportuna a las internas que están con cuadro de depresión severa y muy severa.

5.5 BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS): Depresión; Febrero 2017 URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
2. CENECP (2016) Diagnóstico de Salud Mental en Establecimientos Penitenciarios. Lima, Perú.
3. Steadman, H., Osher, F., Clark Robbins, P., Case, B. & Samuels, S. (2009) Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*, Vol. 60 No. 6.
4. Birmingham L. (2004). Mental disorder and prisons. *Psychiatric Bull* 28: 393–397.
5. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and suicidal ideation: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336(7642): 488-91.
6. Bonner RL. Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators. *Suicide Life Treat Behav*. 2006;36:250–4.
7. Antony, C. (2007) Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. *Revista Nueva Sociedad* 208, 73-85.
8. Palmer, E. & Binks, C. (2008) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II with incarcerated male offenders aged 18–21 years. *Criminal Behaviour and Mental Health* 18: 232–242 (2008)
9. Instituto Nacional Penitenciario, Informe estadístico penitenciario, enero 2017: URL: http://www.inpe.gob.pe/pdf/enero_17.pdf.
10. Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Meehan J, Robinson J, Bickley H, Parsons R, McCann K, Burns J, Amos T, Kapur N, Appleby L (2006). Rates of mental disorder in people convicted of homicide: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*. 188: 143-147.
11. Vicens C. En: Mojica CA, Sáenz DA, Rey-Anacona CA. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2009; 38(4):681-692.

12. Norris, P. & Inglehart, R. (2004) Sacred and Secular Religion and Politics Worldwide; Coping with the suicide attempt. Nueva York: Cambridge University Press.
13. Mondimore, F. (2006) Depression, the Mood Disease. Baltimore: The John Hopkins University press.
14. Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. y Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286.
15. Miller, L. & Kelley, B. (2005) Relationship of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Nueva York: The Guilford Press.
16. J.I. Ruiz; I. Gómez; M.L Landazabal; S. Morales; V. Sánchez y D. Páez. (2002). *Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá*. *Revista Colombiana de Psicología*, Nº 11, 99-114. J.
17. Vera-Remartínez EJ, Planelles-Ramos MV, García-Guerrero J. Tendencia de la tasa de mortalidad en una prisión española. *Rev. Esp. Salud pública*. 2005; 79:673-682.
18. Asociación Internacional para la prevención del suicidio: Andriessen, K. (2012). Suicide survivor activities, an international perspective. *Suicidologi*, 9 (2), 26-27.
19. Organización Mundial de la Salud. Reunión del Consejo Económico y Social sobre enfermedades no transmisibles y salud mental: grandes desafíos para el desarrollo sostenible en el siglo XXI. Organización Mundial de la Salud; 2009. p. 1-32.
20. Aristizábal, E. T., Ríos García, A. L., & del Pozo Serrano, F. J. (2016). Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia)(2015-2016). *Salud Uninorte*, 32(2).

21. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 2000, 44:267–279.
22. Munetz, M., Grande, T. & Chambers, M. (2001) The Incarceration of Individuals with Severe Mental Disorders. *Community Mental Health Journal* 2001; 37, 4
23. A Bedoya, PA Martínez-Carpio, V Humet, MJ Leal, N Lleopart. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado *Rev Esp Sanid Penit* 2009; 11: 37-41.
24. Palmer, E. & Connelly, R. (2005) Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health* 15(3): 164- 170.
25. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289(23): 3161-6.
26. Jordan BK, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. II. Convicted felons entering prison. *Arch Gen Psychiatr.* 1996;53:513–9.
27. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (2012) (documento WHO/HSC/PVI/99.11).
28. J.M. Arroyo; E. Ortega. (2009). *Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión.* *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11:11-15.
29. Murdoch, N., Morris, P. & Holmes, C. (2008) Depression in elderly life sentence prisoners. *International Journal of psychiatry* 2008; 23: 957–962.
30. Mojica CA, Sáenz DA, Rey-Anacona CA. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Rev. Colombiana. Psiquiatría.* 2009; 38(4):681-692.

31. Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 3-17.
32. Khan, T. M., Hussain, H., Khan, G., Khan, A., Badshah, A., & Sarwar, R. (2012). Incidence of depression among incarcerated woman in central prison, Peshawar, Pakistan. *Eur J Gen Med*, 9(1), 33-38.
33. Pulido-Criollo F, Rodríguez-Landa JF, Colorado-Martínez MP. Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres reclusas en dos prisiones de México. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(3):209–15.
34. Informe de la Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nueva comprensión, nueva esperanza. Ginebra. 2010.
35. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Médica Panamericana (2014).
36. Sussman LK, Robins LN, Earls F. Treatment-seeking for depression by black and white Americans. *Social Science and Medicine*. 1997;24: 187–196.
37. McCullough, J. (2003) Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherap. Nueva York: The Guilford Press.
38. Canetto SS, Lester D. Women and suicidal behavior. Nueva York, NY, Springer, 2013.
39. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado–Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2006. Informe general. Lima: IESM HD-HN; 2006.
40. Vázquez-Barquero, J. (2008) Los trastornos depresivos. Barcelona: Masson 37: 133 -138.
41. Gabbard, G. O. (2002). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Médica Panamericana.
42. Figueroa, A. L. L. (2002). Expresión del ARN mensajero de los receptores de serotonina 5-HT1A, 5-HT1B y 5-HT2A en pacientes con depresión

mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia (Doctoral dissertation, Universidad de La Laguna).

43. Kuo, W. H., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(6), 497-501
44. Ainsworth, P (2000) *Understanding Depression*. Mississippi: University Press of Mississippi.
45. San Joan de Deu. Violencia y enfermedad mental Area de Psiquiatría Penitenciaria. Generalitat de Catalunya; Rev Esp Sanid Penit 2006; 8: 95-99.
46. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y paútas para el diagnóstico.
47. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62.
48. Ramos-Brieva, J. A., & Cordero-Villafila, A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of psychiatric research*, 22(1), 21-28.
49. American Psychiatric Association URL: <http://www.psiquiatria.com/eventos/18th-world-congress-of-the-world-association-for-dynamic-psychiatry-wadp/>.
50. Ecurra-Mayaute, L. M., & Delgado-Vásquez, A. E. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión CES-D bajo el modelo de crédito parcial de Rasch y su respuesta clínica, (15), 173-190.
51. Beck, A., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II.
52. De la Torre Maslucan, J., Shimabukuro Maeki, R., Varela Pinedo, L., Krüger Malpartida, H., Huayanay Falconí, L., Cieza Zevallos, J., & Gálvez Cano, M. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana*, 23(3), 144-147.

53. De la Peña, F., del Carmen Lara, M., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F., & Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental*, 19(Supl 3), 17-23.
54. Martínez Gallardo, R., Bourgeois, M., Peyre, F., & Lobo, A. (1991). Estudio de validación de la escala de depresión de Montgomery y Asberg. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11(36), 009-014.
55. *Psiquiatría clínica*. 9a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2004:668-76.
56. Arranz EJ, Ros S. Conducta Suicida. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Vallejo Riuloba, J (ed.). Ed. Elsevier-Masson. 2006:274-284.
57. Kutcher S, Chehil S. Suicide Risk Management. Ed. Blackwell Publishing. 2007.
58. Tejedor C, Sarró B et al. Conducta suicida. En: RTMIII Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Soler PA, Gascon J (eds). Ed. Ars Médica. 2005:431-447.
59. Larney S, Topp L, Indig D, O'Driscoll C, Greenberg D. A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*. 2012; 12(14):1–7.
60. Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, M. (1979). "Assessment of suicidal intent; the scale for suicide ideation." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), pp. 343-352.
61. Steadman, H., Osher, F., Clark Robbins, P., Case, B. & Samuels, S. (2009) Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*, Vol. 60 No.6
62. Anasseril E. Daniel. Preventing Suicide in Prison: a collaborative responsibility on Administrative, Custodial and Clinical Staff. *J Am Acad Psychiatry Law* 34: 165-75 2006.

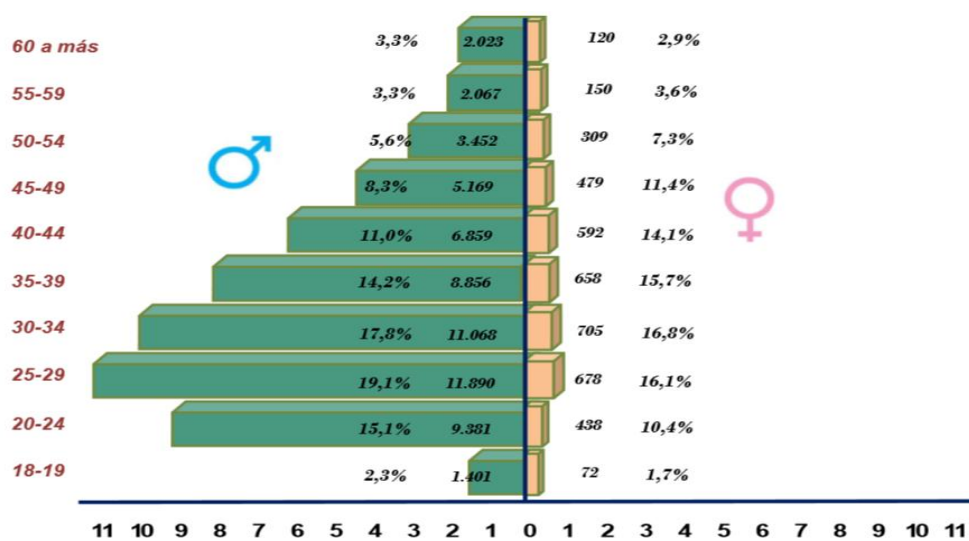
63. Fazel, S., Grann, M., Kling, B. y Hawton, K. (2010) Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46, 191-195.
64. Dasso, A. (2011). *Sintomatología depresiva y prácticas religiosas en internas por delitos comunes de un penal de Lima* (Doctoral dissertation, Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú).
65. Ordóñez Vargas, L; Mujeres encarceladas: proceso de encarcelamiento en la penitenciaría femenina de Brasil; Sobreviver numa Penitenciária de Mulheres: quando adaptar-se é resistir».
66. Lewis C. Treating incarcerated women: gender matters. *Psychiatric Clinic North Am.* 2006; 29:773–89.
67. Borja, C; Aguado, T. & Urquiza, J. (2006). La mujer en el sistema penitenciario peruano. Lima y Junta de Andalucía: IDEMSA.
68. Poehlmann J. Incarcerated mothers' contact with children, perceived family relationships, and depressive symptoms. *J Fam Psychol.* 2005; 19:350–7.
69. Gómez C, Rodríguez N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 1997; 26 (1): 23-35
70. Andrade, J., Bonilla, L., y Valencia, Z. (2010). Factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: "Villa Cristina" Armenia- Quindío (Colombia). *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas*, 17(6), 6-32.
71. José Ignacio Ruiz, U. Nacional de Colombia, "Estrés en prisión y factores psicosociales", *Revista Colombia de Psicología*, pg 121

5.6 Anexos

Anexo N°1

N°	Oficina Regional Sur Arequipa	Departamento	Provincia	Distrito	Capacidad de Albergue	Población Penal	Sobre Población (S)	% Sobre Población (%S)	Hacinamiento (%S > 20%)
1	E.P. de Arequipa	Arequipa	Arequipa	Socabaya	667	1,990	1,323	196%	SI
2	E.P. de Mujeres de Arequipa		Arequipa	Socabaya	67	145	78	116%	SI
3	E.P. de Camaná		Camaná	Camaná	78	281	203	260%	SI
4	E.P. de Moquegua	Moquegua	Mrcal. Nieto	Samegua	178	162	-16	-9%	NO
5	E.P. de Tacna	Tacna	Tacna	Pocollay	222	884	662	298%	SI
6	E.P. de Mujeres de Tacna		Tacna	Pocollay	40	112	72	180%	SI
					1,252	3,574	2,322		SI

Fuente INPE 2017



Fuente: INPE 2017

Anexo N°2

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a las participantes en esta investigación; con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación para obtener el Título académico de Médico Cirujano es conducida por Claudia Gabriela Callañaupa Tocto egresada de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna. La meta de este estudio es conocer los factores asociados a la depresión en esta población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas preguntas y completar dos pruebas. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la prueba le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo N°3

Ficha de datos:

Edad:.....

Procedencia:.....

Grado de instrucción: primaria

Secundaria

Superior

Estado civil: soltera conviviente casada viuda

N° de hijos:

Nivel socioeconómico:

A (vivía en zona residencial)

B (percibe más de un sueldo mínimo vital)

C (no percibe ningún sueldo mínimo vital)

D (faltan servicios básicos)

Dependencia Familiar (antes de ingresar tenía un familiar que dependiera de Ud.
padres, hijos, otro)

Sí No

Situación Jurídica:

Sentenciada Procesada

Frecuencia de visitas a la semana:

Ninguna

De 1 a 3 veces

Más de 3 veces

Tiempo de permanencia en el penal:..... por qué?.....

Anexo N°4

Escala de Hamilton

Ítem	Criterios de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Idea de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas o amenazas de suicidio. 4. Intentos de suicidio.
4. Insomnio precoz	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

6. Insomnio tardío	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Problemas en el trabajo y actividades	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausentes. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad. 4. Dejó de realizar actividades cotidianas por la presente enfermedad.
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligeramente retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	<ul style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Terrores expresados sin preguntarle.

11. Ansiedad somática	<p>Signos somáticos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. • Respiratorios: hiperventilaciones, suspiros. • Frecuencia urinaria. • Sudoración. <p>0. Ausente. 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Grave. 4. Incapacitante.</p>
12. Síntomas somáticos: gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno.</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.</p> <p>2. Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.</p>
14. Síntomas genitales	<p>Síntomas como pérdida de la libido y trastornos menstruales:</p> <p>0. Ausentes. 1. Débiles. 2. Graves 3. Incapacitantes.</p>
15. Hipocondría	<p>0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.</p>

<p>16. Pérdida de peso (completar sólo A o B)</p>	<p>A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida según el enfermo. <p>B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).
<p>17. Insight (conciencia de enfermedad)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega estar enfermo.

Anexo N° 5

Escala de Ideación suicida de Beck.

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE

1. Deseo de vivir. ()
 0. Moderado a fuerte
 1. Poco (Débil).
 2. Ninguno (No tiene).
2. Deseo de morir. ()
 0. Ninguno (No tiene).
 1. Poco (Débil).
 2. Moderado a fuerte.
3. Razones para Vivir/Morir. ()
 0. Vivir supera a morir.
 1. Equilibrado (es igual).
 2. Morir supera a vivir.
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()
 0. Ninguno (inexistente).
 1. Poco (Débil).
 2. Moderado a fuerte.
5. Deseo pasivo de suicidio. ()
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS

6. Duración. ()
 0. Breves, periodos pasajeros.
 1. Periodos largos.
 2. Contínuos (Crónicos), casi contínuos.
7. Frecuencia. ()
 0. Rara, ocasionalmente.
 1. Intermitente.

2. Persistentes y continuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()
0. Rechazo.
1. Ambivalente; indiferente.
2. Aceptación.
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()
0. Tiene sentido de control.
1. Inseguridad de control
2. No tiene sentido de control.
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.
11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
1. Combinación de 0-2.
2. Escapar, acabar, salir de problemas.

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()
0. Sin considerar.
1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
2. Detalles elaborados / bien formulados.
13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ()
0. Método no disponible, no oportunidad.
1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
2. Método y oportunidad disponible
- 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. ()
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
1. No está seguro de tener valor.

2. Está seguro de tener valor.
15. Expectativa/ anticipación de un intento real. ()
0. No.
1. Sin seguridad, sin claridad.
2. Sí.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. Preparación real. ()
0. Ninguna.
1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
2. Completa.
17. Nota Suicida. ()
0. Ninguna
1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
2. Escrita. Terminada.

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ()

0. No.
1. Sólo pensados, arreglos parciales.
2. Terminados

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ()
0. Revela las ideas abiertamente.
1. Revela las ideas con reservas.
2. Encubre, engaña, miente.

20. Intento de suicidio Anteriores. ()
0. No.
1. Uno.
2. Más de uno.