

SALUD MENTAL EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

Mental health in people deprived of liberty

FABIANA BRAVO

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

E-mail: bravofabiana97@gmail.com

Recepción: 14/2/2021

Aceptación: 28/02/2021

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación, fue determinar la salud mental en personas privadas de libertad. Metodológicamente, fue una investigación de tipo y nivel descriptiva, modelo de campo y diseño no experimental transeccional descriptivo. La población, estuvo conformada por 112 personas privadas de libertad que se encontraban en el comando policial "Polisur" ubicado en el Municipio San Francisco del Estado Zulia, haciendo uso de un censo poblacional. La técnica de recolección de datos, fue la Escala de Salud General GHQ - 28, elaborada por Goldberg y Hillier (1979). Los principales resultados mostraron que la salud mental se catalogó como moderada, con bajos niveles de disfunción social y depresión, y moderados niveles de síntomas somáticos y ansiedad / insomnio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad. Los sujetos con un tiempo de encarcelamiento igual o mayor a tres años, reflejaron niveles más altos de ansiedad/insomnio y depresión que aquellos con un tiempo menor de encarcelamiento.

PALABRAS CLAVE: salud, salud mental, privados de libertad.

ABSTRACT

The objective of the present investigation, was to determine mental health in people deprived of their liberty. Methodologically, it was a descriptive type and level research, field model and descriptive cross-sectional non-experimental design. The population consisted of 112 persons deprived of liberty, who were in the police command "Polisur", located in San Francisco Municipality, Zulia State, making use of a population census. The technique of data collection was the General Health Questionnaire, elaborated by Goldberg y Hillier (1979). The main results showed that mental health is classified as moderate, with low levels of social dysfunction and depression, and moderate levels of somatic symptoms and anxiety / insomnia. No statically significant differences were found with respect to age. subjects with a time of imprisonment equal or greater than three years, reflected higher level of anxiety / insomnia and depression that those with a shorter time of incarceration.

KEYWORDS: health, mental health, deprived of liberty.

INTRODUCCIÓN

Derivado del concepto de salud, y debido a las numerosas evidencias que ponen de manifiesto que el funcionamiento mental está intrínsecamente ligado al funcionamiento físico, surge el término salud mental, originado por la OMS (2001) para referirse al estado en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Partiendo de

esta concepción, se afirma, pues, que este término es más que la sola ausencia de trastornos mentales (OMS, 2004).

Sin embargo, la alta prevalencia de trastornos mentales a nivel mundial (cerca del 10% de la población se ve afectada), deja expuesto que aunque bien, este no es un criterio único para afirmar la ausencia de salud mental, sí funciona como un factor de riesgo importante (OMS, 2016). Ahora bien, las características de las personas con mayor susceptibilidad a padecer un trastorno mental, son diversas; aunque se ha reportado que el hecho de estar implicadas en situaciones altamente estresantes y traumáticas, podría clasificarse como una de las más importantes.

Una población que cumple con dichas características, pero que es objeto de escasa atención en las investigaciones psicológicas, es la conformada por personas privadas de libertad. Según el Centro Internacional para el Estudio de Prisiones (2018), al hacer un análisis de los países que tienen mayor porcentaje de personas privadas de libertad, son Estados Unidos, San Cristóbal y las Nieves y, las Islas Seychelles, respectivamente. En el caso de Europa, los países con mayor prevalencia de población reclusa son Lituania, Letonia y Estonia. Mientras tanto, en Latinoamérica, este grupo, lo lidera El Salvador, seguido de Belice, Panamá y Cuba, en orden decreciente.

Los datos que dicha institución ofrece para Venezuela, refieren que para el año 2017, había 57,096 personas privadas de libertad, distribuidos en 58 cárceles, sin embargo, el sistema de prisiones venezolano, tiene una capacidad máxima para albergar a 35,000 reclusos, lo que supone una sobrepoblación que rebasa el nivel de ocupación carcelaria, en un 153%. El Observatorio Venezolano de Prisiones (2017), en sus informes anuales, señaló que, en el Estado Zulia la situación no es menor, debido a la falta de centros penitenciarios; la región, tiene una capacidad para albergar a 1.500 personas y, se estimó que hay unos 4,000 presos reclusos en comandos policiales. Además, el informe destacó la preocupación por el hacinamiento (situación que se agudiza debido al cierre de cinco cárceles) y las condiciones insalubres a las que están expuestos los reclusos, pues, sólo 30% de ellos, goza de salud plena.

Por lo tanto, se trata de una población altamente prevalente y, según lo expuesto anteriormente, con altas probabilidades de manifestar malestar desde el punto de vista psicológico. Al respecto, se ha señalado que el encarcelamiento provoca una serie de reacciones psicológicas negativas en cadena que merman la capacidad de adaptación y, por tanto, generaría un impacto en la salud mental (Bermúdez-Fernández, 2006).

Dicha cadena, estaría constituida en tres niveles de afectación: un primer proceso que refleja una actitud inmadura, ansiosa e inestable desde el punto de vista afectivo; en segundo lugar, si se produce este fallo adaptativo, da lugar a desórdenes de conducta, deterioro afectivo depresivo o la presencia de episodios relacionados con trastornos de ansiedad; y un tercer nivel en el que surge una patología mental severa con trastornos afectivos severos o graves crisis de inadaptación a prisión (Arroyo y Ortega, 2009).

De manera similar, Herman (2004) menciona que son comunes las reacciones que implican síntomas somáticos, la depresión, la ansiedad y la inadaptación social en personas expuestas a una situación de cautiverio, no sólo por el hecho de estar aislados de la sociedad, sino también por las tensiones propias del ingreso a la cárcel (sensación de no tener el control sobre sus propias vidas, compartir espacio con otros reclusos, situaciones que menoscaban la integridad tales como la alimentación, ser blanco de amenazas, entre otros). De hecho, se ha comprobado que, aproximadamente el 59% de los reclusos presenta algún tipo de trastorno mental (Arroyo y Ortega, 2007).

Pero, todo ello depende en gran medida del tiempo de encarcelamiento y el tipo de institución donde está inserto (Mandieta y Larrauri, 2013). No obstante, son pocos los estudios que abordan esta población y, recientemente son limitados los recursos que permiten conocer la situación de salud mental de las personas privadas de libertad en Venezuela. Partiendo de esto, surge la necesidad de abordar este tópico de la psicología aplicada en contextos carcelarios, que resulta novedoso y de interés científico, teniendo en cuenta las actuales circunstancias humanas y procedimentales en las cuales se encuentran las instituciones carcelarias dentro del contexto nacional.

Es por dichas razones que surge el interés por dar respuesta a la siguiente interrogante mediante la presente investigación: ¿Cómo es la salud mental en personas privadas de libertad?

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo y nivel descriptiva, modelo de campo y diseño no experimental transeccional descriptivo. La población, estuvo conformada por personas privadas de libertad que se encontraban en el comando policial "Polisur", el cual contaba con una población de 112 reclusos masculinos en el mes de junio de 2019. Por lo tanto, se realizó un censo poblacional. Las características de los sujetos de acuerdo a la edad, fueron las siguientes: 34 reclusos con edad menor a 25 años; 42 entre 25 y 30 años; y 36 mayores de 30 años. La mayoría, tenía un tiempo de reclusión de dos años (40%), seguido de aquellos con tres o más años (32%) y, aquellos con un año o menos de reclusión (28%).

Como técnica de recolección de datos, se escogió la Escala de Salud General GHQ - 28, elaborada por Goldberg y Hillier (1979) validada en población venezolana por Núñez y Socorro (2005). Está constituida por 28 ítems que evalúan la presencia de cuatro dimensiones o factores: síntomas somáticos, ansiedad / insomnio, disfunción social y depresión, cada una de ellas cuenta con siete ítems, los cuales se presentan en una escalamiento tipo Likert de cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 puntos. Las propiedades psicométricas para población venezolana, son satisfactorias; en primer lugar, cuenta con validez de constructo, obtenido mediante un análisis factorial; por otro lado, el índice de consistencia interna medida a través del alfa de cronbach es de 0.90.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1, se mostraron los estadísticos descriptivos respecto a la salud mental en personas privadas de libertad, observándose que los síntomas somáticos y ansiedad / insomnio, reflejaron una categoría asociada a "moderada salud", mientras que las dimensiones disfunción social y depresión, obtuvieron valores promedios asociados a una categoría de "alta salud".

Tabla 1
Estadístico Descriptivo Salud Mental en Personas Privadas de Libertad

	Media	Desviación Típica	Mín	Máx	Categoría
Síntomas Somáticos	8.35	5.52	0	21	Moderada Salud
Ansiedad / Insomnio	8.66	5.81	0	21	Moderada Salud
Disfunción Social	6.48	4.70	0	21	Alta Salud
Depresión	3.37	5.11	0	21	Alta Salud
Salud Mental	26.86	16.17	0	84	Moderada Salud

De acuerdo con Goldberg (1972), el resultado para la dimensión síntomas somáticos, implica que, ocasionalmente expresaron quejas de agotamiento, falta de fuerzas, dolores y/o molestias físicas constantes, con la consecuente necesidad de recurrir a servicios de la salud. Esto es congruente con el estudio de Del Miguel (2014), donde también se halló que las mujeres encarceladas afirmaron que la prisión les había causado desequilibrios psicológicos y somáticos de diversa gravedad como sensación de agobio, fatiga y claustrofobia. Estas similitudes demuestran que la población penitenciaria femenina revela quejas afines a los de la población masculina.

Lo anterior, se consideró esperado, tomando en cuenta que una de las primeras consecuencias de la reclusión son los problemas sensoriales padecidos a causa del hacinamiento y el espacio reducido en el que vive el preso (Valverde, 1991; citado por Díaz, 1997). Así, la experiencia a nivel somático en privados de libertad, pudieran ser provocadas por un estado cognitivo que no es compatible con el ambiente penitenciario y la asimilación de los resultados o el curso de su situación jurídica (Martínez, 2003; citado por Uribe *et al.*, 2012).

La interpretación a la dimensión ansiedad / insomnio, sugiere que ciertas veces manifiestan un estado de nerviosismo, sentimientos de agobio y tensión, sensación de pánico sin razón aparente, pérdida de control o dificultades para iniciar y/o mantener una rutina de sueño normal (Goldberg, 1972). Estos datos, convergen con los reportados en la investigación de Bermúdez y Castellanos (2011) donde igualmente se encontraron la presencia de ansiedad tanto estado como rasgo en reclusos de Colombia. Por otro lado, Kendall (2010) similarmente refirió en su estudio que en las mujeres encarceladas el sueño estuvo severamente afectado en su inicio, continuidad, duración y calidad, demostrando que el insomnio era uno de los síntomas de salud mental deficiente, más predominante en esta población.

Esto, a su vez, concuerda con lo argumentado por Arroyo y Ortega (2009), quienes mencionan que el primer proceso que refleja el privado de libertad, es una actitud ansiosa e inestable desde el punto de vista afectivo, lo cual pudiera deberse a que el ambiente carcelario genera un sentimiento de incertidumbre sobre los acontecimientos futuros en dicho contexto, que se exacerban por el miedo a posibles maltratos (Mérida, 2012).

Con base en lo anterior, al dar respuesta al objetivo general del estudio, se determinó que las personas privadas de libertad manifestaron un moderado nivel de salud mental, lo cual desde la perspectiva de Goldberg (1972), sugiere la presencia de algunas conductas desadaptativas (especialmente, respecto a lo somático y ansioso) a nivel personal y social, que afectan moderadamente, el bienestar y la capacidad para realizar actividades diarias debido al hacinamiento que estas personas pudieron estar padeciendo en dicho momento.

Al comparar la salud mental en personas privadas de libertad, considerando la edad y el tiempo de encarcelamiento, se aplicó el análisis ANOVA de un factor. Con respecto a la edad, la muestra fue dividida en tres grupos: menores de 25 años ($N = 34$), entre 25 y 30 años ($N = 42$), y mayores de 30 años ($N = 36$). Los resultados para este análisis, mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en ninguno de los factores evaluados (Ver Tabla 2).

Tabla 2*ANOVA de un Factor Salud Mental en Personas Privadas de Libertad Según la Edad*

Dimensión/ Variable	Edad	Media	Desviación Típica	Categoría	Sig. Bilateral
Síntomas Somáticos	<25 años	8.09	5.446	Moderada Salud	0.461
	25 - 30 años	7.76	5.880	Alta Salud	
	>30 años	9.28	5.208	Moderada Salud	
Ansiedad/ Insomnio	<25 años	9.06	5.444	Moderada Salud	0.652
	25 - 30 años	8.00	5.996	Moderada Salud	
	>30 años	9.06	6.019	Moderada Salud	
Disfunción Social	<25 años	6.44	4.076	Alta Salud	0.944
	25 - 30 años	6.67	5.327	Alta Salud	
	>30 años	6.31	4.616	Alta Salud	
Depresión	<25 años	3.50	5.089	Alta Salud	0.741
	25 - 30 años	3.71	6.213	Alta Salud	
	>30 años	2.93	3.590	Alta Salud	
Salud Mental	<25 años	27.09	14.953	Moderada Salud	0.933
	25 - 30 años	26.14	18.726	Moderada Salud	
	>30 años	27.47	14.376	Moderada Salud	

Los resultados con respecto a la edad, son incongruentes con los de Eguiguren (2012), en cuya investigación se demostró que la población menor a 25 años de edad, tenía mayor riesgo en el área de salud mental.

En cuanto al tiempo de encarcelamiento, se dividió a la muestra en tres grupos: igual o menor a un año ($N = 31$), dos años ($N = 45$), e igual o mayor a tres años ($N = 36$). Para este análisis, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones ansiedad / insomnio ($p = 0,04$) y depresión ($p = 0,03$), indicando que aquellos sujetos con tres o más años de encarcelamiento, reflejan los puntajes más altos (Ver Tabla 3).

Tabla 3

ANOVA de un Factor Salud Mental en Personas Privadas de Libertad Según el Tiempo de Encarcelamiento

Dimensión / Variable	Tiempo de encarcelamiento	Media	Desviación Típica	Categoría	Sig. Bilateral
Síntomas Somáticos	≤ 1 año	7.48	4.905	Alta Salud	0.176
	2 años	7.82	5.250	Alta Salud	
	≥3 años	9.75	6.217	Moderada Salud	
Ansiedad /Insomnio	≤ 1 año	7.87	5.869	Alta Salud	0.044*
	2 años	7.62	5.399	Alta Salud	
	≥3 años	10.61	5.914	Moderada Salud	
Disfunción Social	≤ 1 año	6.52	5.092	Alta Salud	0.999
	2 años	6.47	4.009	Alta Salud	
	≥3 años	6.47	5.278	Alta Salud	
Depresión	≤ 1 año	2.39	4.674	Alta Salud	0.032*
	2 años	2.58	4.403	Alta Salud	
	≥3 años	5.19	5.998	Alta Salud	
Salud Mental	≤ 1 año	24.26	16.498	Moderada Salud	0.063
	2 años	24.49	13.677	Moderada Salud	
	≥3 años	32.06	17.884	Moderada Salud	

Nota: (*) La diferencia es significativa al nivel de 0.05.

En cuanto al tiempo de encarcelamiento, también Bermúdez y Castellanos (2011) reportaron que los reclusos con un tiempo de encarcelamiento entre 24 y 60 meses (entre dos y cinco años), presentaban mayores niveles de ansiedad, tanto estado como rasgo. Desde lo planteado por Herman (2004) las personas expuestas a una situación prolongada de cautiverio, tienen mayor probabilidad de manifestar quejas de insomnio, agitación, síntomas somáticos como tensión, dolores de cabeza, dolores abdominales y de espalda, así como una depresión prolongada y agravamiento de los síntomas depresivos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con Goldberg (1972), el resultado para la dimensión síntomas somáticos, implica que, ocasionalmente expresan quejas de agotamiento, falta de fuerzas, dolores y/o molestias físicas constantes, con la consecuente necesidad de recurrir a servicios de la salud. Esto es congruente con el estudio de Del Miguel (2014), donde también se halló que las mujeres encarceladas afirmaron que la prisión les había causado desequilibrios psicológicos y somáticos de diversa gravedad como sensación de agobio, fatiga y claustrofobia. Estas similitudes demuestran que la población penitenciaria femenina revela quejas afines a los de la población masculina.

Lo anterior, podría considerarse esperado, tomando en cuenta que una de las primeras consecuencias de la reclusión son los problemas sensoriales padecidos a causa del hacinamiento y el espacio reducido en el que vive el preso (Valverde, 1991; citado por Díaz, 1997). Así, la experiencia a nivel somático en privados de libertad, pudieran ser provocadas por un estado cognitivo que no es

compatible con el ambiente penitenciario y la asimilación de los resultados o el curso de su situación jurídica (Martínez, 2003; citado por Uribe *et al.*, 2012).

La interpretación de la dimensión ansiedad / insomnio, sugiere que ciertas veces manifiestan un estado de nerviosismo, sentimientos de agobio y tensión, sensación de pánico sin razón aparente, pérdida de control o dificultades para iniciar y/o mantener una rutina de sueño normal (Goldberg, 1972). Estos datos, convergen con los reportados en la investigación de Bermúdez y Castellanos (2011) donde igualmente se encontraron la presencia de ansiedad tanto estado como rasgo en reclusos de Colombia. Por otro lado, Kendall (2010) similarmente refirió en su estudio que en las mujeres encarceladas el sueño estuvo severamente afectado en su inicio, continuidad, duración y calidad, demostrando que el insomnio era uno de los síntomas de salud mental deficiente, más predominante en esta población.

Esto, a su vez, concuerda con lo argumentado por Arroyo y Ortega (2009), quienes mencionan que el primer proceso que refleja el privado de libertad, es una actitud ansiosa e inestable desde el punto de vista afectivo, lo cual pudiera deberse a que el ambiente carcelario genera un sentimiento de incertidumbre sobre los acontecimientos futuros en dicho contexto, que se exacerban por el miedo a posibles maltratos (Mérida, 2012).

Según Goldberg (1972), los hallazgos para la disfunción social, se traducen en que son personas con capacidad para disfrutar de las actividades de la rutina, sensación de un desempeño útil de la vida, satisfacción con la manera de hacer las cosas, impresión de que las cosas salen bien y capacidad para tomar decisiones, lo cual discrepa con lo arrojado en el estudio de Eguiguren (2012), en cuyo estudio se encontraron dificultades en esta área de la salud mental, evaluada con la misma técnica de recolección de datos.

Para Medieta y Larrauri (2013), esto pudiera deberse a que la prisionización hace que los sujetos unifiquen sus costumbres, usos, hábitos y cultura, creando así una nueva comunidad o subcultura, lo cual les ayuda a adaptarse a la adversidad del medio (Acosta, 2008). De manera más concreta, los reclusos objeto de estudio en la presente investigación, probablemente experimenten una prisionización superficial, es decir, un proceso de adaptación normalizado y con una adaptación al ambiente de forma normal (Echeverri, 2010).

Ahora bien, aunque Castillo y Corrales (2009) expresan que el encarcelamiento supone una falta de control sobre la propia vida y ausencia de expectativas, es también común que todas las conductas y actitudes, estén enfocadas en perseguir un objetivo, el cual es, recobrar la libertad. Esto pudiera hacer que las personas privadas de libertad, tengan expectativas positivas respecto al futuro, desencadenando un sentimiento de autoeficacia.

Con respecto a la dimensión depresión, los datos se interpretan como la ausencia de sentimientos de minusvalía, desvalorización personal, desesperanza e ideación suicida (Goldberg, 1972). En esta dimensión, los hallazgos divergen de la mayoría de los resultados de otras investigaciones. Morocho y Jara (2017) reportaron que el 34.28% de los reclusos de su estudio, presentaba depresión moderada, mientras que un 30.00% la presentó en un nivel grave, estando estos niveles estadística y significativamente asociados con la violencia que se vivía en el centro penitenciario. Del mismo modo, Mérida (2012) encontró que el 76 % de la muestra de su trabajo, presentaba depresión.

Por su parte, Uribe *et al.*, (2012) demostró que los registros de manifestaciones depresivas de los internos penitenciarios, revelaron que el 16,7% la calificó como estado y un 43,68% como rasgo, siendo los factores de riesgo, el estrato socioeconómico, el estado civil, la reincidencia, el uso de sustancia

psicoactivas y el tiempo de condena. Todo ello, permite inferir que hay elementos que contribuyen a las manifestaciones de depresión en población reclusa, que en este caso, pudieran estar ausentes, considerando el nivel alto de salud para este factor.

Los resultados con respecto a la edad, son incongruentes con los de Eguiguren (2012), en cuya investigación se demostró que la población menor a 25 años de edad, tenía mayor riesgo en el área de salud mental. Una posible explicación, es que en dicho estudio, se abordó a población reclusa femenina. Carcedo *et al.*, 2008 (citado por Kendall, 2010) mencionan que en medios carcelarios el deterioro de la salud mental de la mujer es considerablemente mayor que el observado en varones, lo cual pudiera explicar la discrepancia con dicho estudio.

En cuanto al tiempo de encarcelamiento, también Bermúdez y Castellanos (2011) reportaron que los reclusos con un tiempo de encarcelamiento entre 24 y 60 meses (entre dos y cinco años), presentaban mayores niveles de ansiedad, tanto estado como rasgo. Desde lo planteado por Herman (2004) las personas expuestas a una situación prolongada de cautiverio, tienen mayor probabilidad de manifestar quejas de insomnio, agitación, síntomas somáticos como tensión, dolores de cabeza, dolores abdominales y de espalda, así como una depresión prolongada y agravamiento de los síntomas depresivos.

De mismo modo, Castillo y Corrales (2009) expresan que, desde el momento en que la persona ingresa a la cárcel, su nivel de ansiedad se sostiene en el tiempo y se incrementa significativamente, provocando un estado de ánimo, que revela una elevada tensión emocional, que a su vez, pudiera provocar depresión, considerando que ambas tienden a aparecer de manera concomitante (Goldberg *et al.*, 2011). En este sentido, cobran fuerzas las consideraciones teóricas de Cajamarca *et al.*, (2015) quienes destacan la necesidad de tomar en cuenta el tiempo de encarcelamiento a la hora de evaluar la salud mental, ya que, efectivamente, los primeros meses de estancia en prisión se ven caracterizados por altos niveles de ansiedad y depresión, que tienden a agudizarse en tiempos prolongados de estancia.

Con base en lo anterior, al dar respuesta al objetivo general del estudio, se determinó que las personas privadas de libertad manifiestan un moderado nivel de salud mental, lo cual desde la perspectiva de Goldberg (1972), sugiere la presencia de algunas conductas desadaptativas (especialmente, respecto a lo somático y ansioso) a nivel personal y social, que afectan moderadamente, el bienestar y la capacidad para realizar actividades diarias.

NOTAS ESPECIALES

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado titulado *Salud Mental en personas privadas de libertad*, presentado en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

REFERENCIAS

- Acosta, D. (2008). *Subcultura carcelaria: Diccionario de la jerga canera*. Bogotá: INPEC.
- Arroyo, J. M. y Ortega, E. (2007). Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión: Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005). *Revista Española sanid Penit*, 9, 11-20.
- Arroyo, J. M., Ortega, E. (2009) Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión de clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11: 11-15.

- Bermúdez-Fernández, J. (2006). *Efectos psicológicos del encarcelamiento* [Psychological effects of imprisonment]. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez y G. Buéla-Casal (Coords.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 348-371). Madrid, España: Biblioteca nueva.
- Castillo, O. y Corrales, F. (2009). *Efectos psicológicos del encarcelamiento presentes al momento del proceso de reinserción social de hombres privados de libertad de 25 a 55 años de edad cronológica, ubicados en fase de confianza al interior de la Penitenciaría Central La Esperanza*. (Tesis de Grado). San Salvador. Universidad de El Salvador.
- Centro Internacional para el Estudio de Prisiones. (2018). *World prison brief data*. Centro de Prensa.
- Del Miguel, E. (2014). El encierro carcelario. Impacto en las emociones y los cuerpos de las mujeres presas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(2): 395-404.
- Díaz, L. (1997). El ser humano en la cárcel. Impacto del ámbito penitenciario en la persona. *Acontecimiento*, 97: 33-36.
- Echeverri, J. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando Psicología*, 6(11), 157-166.
- Eguiguren, M. (2012). *Salud Mental: factores de riesgo en la Cárcel de Mujeres de Quito*. (Tesis Doctoral). Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Goldberg, D. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London. Oxford University Press.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing.
- Goldberg, D. y Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9:139-145.
- Goldberg, D. Kendler, K. Sirovatka, P. y Regier, D. (2011). *Temas de Investigación DSM-IV. Depresión y trastornos de ansiedad generalizada*. Editorial Panamericana.
- Herman, J. (2004). *Trauma y Recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Colección Espasa Hoy.
- Kendall, R. (2010). *Experiencia carcelaria y salud mental en mujeres peruanas privadas de libertad penal de Chorrillos: Lima, 2008*. (Tesis de Maestría). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Medieta, J. y Larrauri, E. (2013). *El efecto de las condenas largas en prisión en Cataluña*. (Trabajo de Grado). Cataluña: Universitat Pompeu Fabra.
- Mérida, J. (2012). *Nivel de depresión en personas privadas de libertad" (estudio realizado en la cárcel de la comisaría 42, policía nacional civil, san marcos, S.M.)*. (Tesis de Grado). Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Morocho, M. y Jara, H. (2017). *Factores de riesgo que influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en reclusos, Azogues 2016*. (Tesis de Grado). Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *The World Health Report 2001 -Mental health: new understanding, new hope*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2010*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Nota descriptiva: Centro de prensa.
- Observatorio Venezolano de Prisiones. (2017). *Informe sobre la población carcelaria*. Caracas: Venezuela.
- Uribe, A., Martínez J., y López, K. (2012). Depression and anxiety, state/feature among inmates assigned to the "Induction to Treatment in Prison Program" in Bucaramanga, Colombia. *Revista Criminalidad*, 54(2): 47-60.