

**Niveles de depresión en consumidores y no consumidores en internos del  
establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario -EPMSC Támesis,  
2017.**

**Leidy Vanessa Ruiz**

**Docente Tutor**

**Anderson Iván Morales Duarte**

**Trabajo para optar por el título de psicóloga**

**Corporación Universitaria Minuto de Dios**

**Facultad de Ciencias Humanas y Sociales**

**Programa de psicología.**

**Bello**

**2017**

**Tabla de contenido**

Introducción	2
Planteamiento del problema	3
Justificación	11
Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivo específicos	14
Marco Teórico	15
Metodología	28
Enfoque metodológico	28
Diseño investigativo	29
Tipo de estudio	30
Población	30
Limitaciones	31
Estrategias de recolección de información	31
Instrumentos	32
Inventario de Depresión de Beck –II	33

	3
Cuestionario reo.	34
Proceso del levantamiento de la información.	37
Plan de análisis	38
Aspectos éticos	39
Análisis y discusión de los resultados	41
Conclusión	50
Recomendaciones	51
Anexos	60

## **Agradecimiento**

Les agradezco, a todos aquellos que contribuyeron en mi proceso formativo y a los que fueron un apoyo incondicional, por ser una fortaleza y motivación. También quiero agradecer a los docentes, Anderson Iván Morales Duarte y Wilber Arduai Mejía Toro, por ser unos excelentes guías durante la elaboración del proyecto Investigativo. Por otro lado, debo expresar mi agradecimiento al establecimiento penitenciario de Támesis – Antioquia, y a los reclusos de dicha institución, quienes hicieron posible dicho estudio al permitirme realizar mi proyecto investigativo.

Infinitas gracias a Dios nuestro señor.

## Resumen

El objetivo general de esta investigación es comparar los niveles de depresión en reclusos consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas de la celda uno, del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario-EPMSC Támesis, la población es de veintisiete (27) reclusos el enfoque para llevar a cabo dicha investigación fue cuantitativo, con un tipo de estudio descriptivo y un diseño no experimental.

Para describir el nivel de depresión en los reos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II) que por medio de cuatro niveles de depresión (mínimo, leve, moderado y severo) y para identificar la prevalencia de consumo se empleó el cuestionario Reo.

La investigación arrojó como resultado que el 80 % de la población reclusa que no consume sustancias psicoactivas tienen una depresión mínima y leve. Mientras, aproximadamente más de una cuarta parte de los reclusos que consumen sustancias psicoactivas tienen depresión severa.

**Palabras claves:** Sustancias psicoactivas, Depresión, Reclusos y Cárcel.

## **Introducción**

La presente investigación se llevó a cabo con el fin de comparar los niveles de depresión en reclusos consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas (SPA) de la celda uno, del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario (EPMSC) del municipio de Támesis.

Para establecer dicha comparación se presentaron diferentes investigaciones que dan cuenta de hallazgos de estudios anteriores, luego se realizó el planteamiento del problema, donde se manifiesta la problemática observada y se evidencia las variables a estudiar (consumo de SPA y depresión) las cuales se definen en el marco teórico, permitiendo entender dichas variables, las cuales fueron el soporte de toda la investigación.

Se empleó una metodología cuantitativa, donde se aplicaron dos (2) instrumentos: el Cuestionario Reo y el Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II) , donde por medio de estas se acercó a las dos variables del estudio investigativo como estrategia de recolección de información, lo cual dio los resultados y finalmente se sacaron conclusiones dando repuesta a los objetivos propuestos que a su vez permitieron la realización de recomendaciones para fututas investigación y posibles intervenciones y estrategias prevención y promoción frente al consumo de sustancias psicoactiva y la depresión

## Planteamiento del problema

En el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Tamesis - EPMSC TAM- , según fuentes oficiales de la institución, se presenta consumo de sustancias psicoactivas –SPA- dentro de la cárcel y a pesar de esto no se puede afirmar la cantidad exacta de la población que consume, debido a que no existe prueba de ello, teniendo en cuenta la revisión de antecedentes se evidenció que, así como unos consumen SPA otros dejan de consumir al ingresar al recinto penitenciario y otros nunca lo han hecho y aunque no hubiese resultados estadísticamente significativos en cuanto a la prevalencia de consumo en EPMSC-TAM , en el ámbito clínico si es significativo, ya que el consumo de SPA trae diversas problemáticas en la salud física y mental del sujeto consumidor.

Por un lado, el consumo de sustancias psicoactivas puede ser una forma de cómo los reclusos se enfrentan a los problemas personales y emocionales que se presentan en el recinto penitenciario, sustituyendo el estado en el que se encuentran por el de la sustancia. Por otro lado, el consumo de drogas es una problemática que afecta al sujeto consumidor, su entorno y familia; según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004) el consumo de droga “se encuentran entre los 10 principales factores de riesgo en términos de carga de morbilidad evitable, donde el tabaco ocupa el cuarto lugar y el alcohol el quinto”. (p.8)

Del mismo modo, el consumo de psicoactivos puede ocasionar un estado de dependencia a la sustancia de preferencia, lo cual en varias ocasiones se asocia con problemas de salud mental y física, con comportamientos violentos, agresivos, poca interacción social, o problemas legales

y emocionales (Escohotado Como se citó en Gutiérrez, C., 2011). Igualmente, la población consumidora de psicoactivos, puede ser más sensible a presentar trastornos en el estado de ánimo como la depresión, hecho que sea demostrado desde estudios correlacionales. Donde la depresión según la OMS (2017) es “la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad y en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio”. (Párr.1)

Este fenómeno se convierte en una problemática para los reos y para la institución misma. Puesto que, como lo demuestran autores como: Beck et al. (2010) ; Escohotado (2008) y Barrionuevo (2015) , el consumo de SPA y la depresión, alteran el comportamiento trayendo consigo consecuencias a nivel emocional, en la calidad de vida, pudiendo dejar al sujeto sin expectativas frente al futuro: sin proyecto de vida, sin esperanzas; a nivel físico: descuido por sí mismo; y en cuanto al cumplimiento de la norma: se ve una sumisión o reacciones de violentas, por los efectos del consumo, la sujeción a la autoridad, y la desvinculación con los demás. Así mismo a nivel legal, genera consecuencias, ya que el tráfico y el uso de drogas ilícitas extienden la condena (Ley 30, 1986).

Sin embargo, los antecedentes investigativos se encuentran más en el contexto juvenil que en población reclusa, por tal razón es de gran importancia investigar en población penitenciaria, la prevalencia de depresión y consumo desde diseños correlacionales y otros métodos como son los diseños comparativos.

Teniendo en cuenta lo anterior, surgió la idea de investigar esta problemática, desde una metodología comparativa entre los niveles de prevalencia de la depresión en reclusos consumidores de alguna droga y no consumidores, realizándose con veintisiete internos (27) de la cárcel de Támesis-Antioquia. Algunos estudios abordados en los siguientes párrafos



evidencian la complejidad de este tema, las consecuencias desencadenadas al presentarse estas problemáticas.

Como el estudio sobre: “Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá”. Identificaron, una relación significativa entre las variables, donde los resultados obtenidos fueron: “a mayor depresión, mayor consumo.” (Gómez Rodríguez, D. T., Gutiérrez Herrera, M., & Londoño, S. P. 2013; p. 25)

En este mismo sentido, la investigación realizada por Guzmán R, López S, Alonso M, Arévalo. A, Corral Olaya (s.f) bajo el nombre de “Depresión y consumo de drogas ilegales en población juvenil marginal, comparación entre consumidores y no consumidores”, determinaron: Mayor proporción de sujetos con depresión en el grupo de consumidores (88%). En el grupo de no consumidores (20%), (...). Los jóvenes con depresión en este estudio tienen casi 30 veces mayor posibilidad de consumir alguna droga ilícita comparado con los jóvenes que no muestran síntomas depresivos. (Guzmán et al, s.f, p.47)

Las anteriores investigaciones en población adolescente, demuestran relación entre las dos categorías y de acuerdo a estos resultados es posible pensar que, quienes presentan sintomatología depresiva tienen más probabilidad de incurrir en el consumo en comparación con aquellos que no; pudiendo causar una doble patología, al verse relacionada con trastorno de uso de drogas y este concurrir en otras patologías psiquiátricas-OP- como la trastornos psicóticos, afectivos y de ansiedad (Szerman, N.; Marín-Navarrete, R. ;Fernández-Mondragón,J.; Roncero,C, 2015).

La mayor parte de estudios sobre depresión y consumo de drogas han sido población juvenil, estudios en población reclusa que no se encuentran, sin embargo, estudios como: el realizado en México por Martínez (2010) permite conocer este fenómeno de manera

independiente en población reclusa, bajo el nombre de “Depresión en hombres reclusos de la zona sur del estado de Veracruz”, obtuvo resultados muy interesantes frente a estos dos factores:

Los resultados del consumo sustancias obtuvo un porcentaje del 65.7% refirieron no consumir ningún tipo de drogas tanto ilícitas como lícitas, por otra parte el 34.3% mencionó consumir drogas lícitas principalmente el tabaco, en cuanto a la depresión los resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (BDI), los internos del Centro de Readaptación Social, determinó que los internos en mayor porcentaje refieren sentirse algo triste y deprimido a un 62.9%, sin embargo, la contraparte fue de ya no pueden soportar esta pena con 8.6%. (Martínez, 2010, p. 32)

Se observa, por lo tanto, como esta difiere no solo en la metodología sino también en los resultados obtenidos, por cuanto acá se evidencia un menor consumo de SPA ilegal, en los resultados de depresión sucede lo contrario, son más los que presentan síntomas asociados a ésta en comparación a los que no presentan. Seguidamente, esta investigación concluyó. Que todos los internos, “manifiestan sintomatología depresiva, sin importar la edad, estado civil, causa de ingreso, origen o religión”. (Martínez, 2010, p. 32)

Teniendo en cuenta que el consumo de SPA y la depresión, ocasionan unos síntomas como: pérdida de planes a futuros, aumento de la dependencia a la sustancia, puede vivir todo con gran tristeza o sin motivación, también esto puede truncar la vinculación con nuevos lazos sociales o afectivos u ocasionar pérdida o ausencia de expectativas de futuro, apatía, abandono por sí mismo, de su familia, amigos y otros. (Beck et al, 2010)

Todo esto afecta los procesos adaptativos y la integridad física y psicológica de los

internos, también ocasionan un peso y malestar psicológico, el cual desencadena, una serie de reacciones emocionales cognitivas y físicas. Desde otro punto de vista, como se mencionó anteriormente, se podría reflexionar sobre la droga, como medio que cumple la función de contención, ayudando al recluso a soportar las presiones, estresores, conflictos, exclusión social y familiar, sentimientos de soledad o abandono, frustraciones, depresiones y hacer frente a la cada vez más fuerte cultura carcelaria, por los efectos que los psicoactivos le ofrecen. (Escohotado, 2008 (como se citó en Gutiérrez, C., 2011).

Consecutivamente, la investigación de López (2007) sobre “Las representaciones sociales frente al consumo de drogas en población reclusa”, obtuvo como resultado, en cuanto el consumo que: “el 32% refiere haber dejado de consumir drogas a raíz de haber ingresado al centro penitenciario y un 17% señala haber iniciado su consumo cuando cae a prisión” (López, 2007, p.87). Es decir, fueron más los que dejaron de consumir al ingresar que quienes empezaron a hacerlo.

También, halló motivos por los cuáles los reos iniciaron en el consumo de psicoactivos (sin esclarecer si se refiere al uso de estas en la cárcel), agrupándolos sus respuestas en tres secciones:

Placer - en un principio experimentaban una sensación de bienestar, siendo agradables y disfrutando los efectos que producía la droga en su organismo y en su cerebro (mente). •Fuga de la realidad. - el uso de la droga les permitía evadir responsabilidades para con ellos mismos y con su familia, permitiéndoles crear un mundo propio dentro del cual no existía el dolor, el hambre, la soledad, etc. donde solo el placer tenía cabida. •Pertenencia. - las drogas resultan una alternativa que favoreció su convivencia y socialización con pares, facilitando el sentirse y ser aceptados como parte de un grupo. (López, 2007, pág.87).

Si bien, este estudio refleja que son más quienes dejan de consumir al ingresar a la cárcel, también evidencia, que otros siguen sostenido el uso de drogas dentro de la institución y otros inician el consumo. Asunto, que puede aparecer como consecuencia del impacto psicológico, moral y hasta espiritual de la cárcel. El consumo, le puede proporcionar una fuga de realidad. Sin dejar de reconocer que, presentar una dependencia a algún psicoactivo puede acarrear grandes problemáticas y riesgos en la salud.

Cabe resaltar que, en el ambiente carcelario la PPL no solo se enfrenta a la condena establecida por la ley, sino también, a las problemáticas propias que pueden aparecer como: la violencia, la sumisión, exclusión social y familiar, sentimientos de malestar como: culpa, ansiedad, depresión o estrés, dependencia a sustancias psicoactivas (Crespo, F. & Bolaños, M., 2009). Además, de lo que implica estar encarcelado, la pérdida de sus hábitos, el alejamiento de su familia, amigos, la ruptura con el mundo exterior y consigo mismo, la pérdida del sentido o proyecto de vida, el sedentarismo, la pérdida de autonomía, las implicaciones en el proceso adaptativo y los múltiples estresores que les genera estar privados de su libertad (Ruiz J., 2007). Considerando, que estos eventos pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos o la misma patología depresiva y está a su vez estar asociada a otras problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas o viceversa.

El problema de la interacción entre éstos en el recinto carcelario; surge con respecto de los riesgos ocasionados en la salud de los presos, donde esto se puede convertirse en un suplicio para el sujeto privado de la libertad. En el caso de la depresión, lo puede llevar a percibir o sentir que su vida ya no tiene sentido, valor, dejándole incluso sin motivos para vivir o en el peor de los casos ocasionándole un fuerte deseo de suicidarse, asunto que al estar en la cárcel se grava más,

puesto que muchos por el hecho de estar encerrados, les genera desesperanza y deseos de suicidarse (Beck et al,2010).

El consumo de psicoactivos, puede ocasionar un estado de dependencia a la sustancia de preferencia, lo cual, en varias ocasiones, se asocia con problemas de salud mental y física, con comportamientos violentos, agresivos, poca interacción social, o problemas legales al incursionar en la venta de estupefaciente o en el consumo de drogas ilegales (Escohotado (2008)(Como se citó en Gutiérrez, C., 2011 y la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011)

Esto significa, que al presentarse una relación entre las dos variables en EPMSC, TAM, las cuales acarrear un sin número de dolencias , consecuencias para quien la padece y para su alrededor, sumándole un agravante cuando no hay conocimiento de lo que se tiene, por parte del propio sujeto y la institución penitenciaria. Es decir, las acciones violentas se podrán explicar cómo actos de rebeldía, y la depresión como un sentimiento de tristeza normal, por el encierro. Es por esto, que el conocimiento se hace necesario, puesto que, esto permite formular o diseñar estrategias que vayan en favor de intervenir estas problemáticas, desde el conocimiento científico.

Por lo tanto, se busca comparar los niveles de la depresión y el consumo de sustancias psicoactivos, de manera descriptiva. Tema que, aunque ha cobrado gran relevancia en los últimos años, debido al incremento de uso de droga y el incremento de la patología de depresión (OMS, 2004 y OMS, 2017). Los estudios que se encuentran en PPL en relación con las categorías, se encuentran enfocados más, en la relación de la sustancia psicoactiva y el tipo del delito. En lo que concierne con, la depresión, se encuentra abordadas desde estudios causales (efectos del encarcelamiento), por lo que al realizar esta investigación permite conocer la relación de estas dos variables desde la comparación entre los no consumidores y consumidores de alguna

sustancia psicoactiva .

De lo anteriormente planteado, se formuló como pregunta investigativa: ¿Cuál es la prevalencia de los niveles depresión en reclusos no consumidores y consumidores de alguna sustancia psicoactiva de la celda uno, del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario-EPMSC Támesis?

## **Justificación**

La relación de dos fenómenos como: el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión, agravan el estado psicológico, físico y emocional de quien lo padece, los cuales son causantes de sufrimiento o sentimientos de rechazo y otros malestares como se ha indicado anteriormente. La presencia de estas dos variables requiere de un trabajo investigativo que dé cuenta del estado de dichos fenómenos en población reclusa.

Puesto que la depresión puede ser el detonante que permite el uso de psicoactivos o viceversa, ante la presencia de pensamientos como: “No puedo aguantar más este encierro”, esta misma creencia promueve que el individuo consuma cuando vislumbra que no podrá hacer frente a su problema o pensamiento, y el sentimiento que éste le provoca lo lleva a afirmar “No puedo aguantar este encierro si no consumo”. (Beck, A.; Wright D; Newman C.; Liese, B S., 1999)

Dichos factores pueden acabar con la vida de quien los padece sobre todo cuando no se tiene conocimiento de dicho padecimiento, lo cual extiende el deterioro paulatino del individuo a nivel psicológico y físico; además crea varios problemas sociales, personales y médicos independientemente del tipo de drogas utilizadas, legales o ilegales, puesto que, en general, traen consecuencias personales y sociofamiliares, siendo controlados por ambas problemáticas. Cuando se logra demostrar la presencia de tales problemas es posible crear técnicas que permitan evitar daños irreversibles como la muerte o enfermedades crónicas.

Por tanto, la realización de la presente investigación se argumenta en base a los siguientes

ítems. Primero, se pretende dar un aporte de carácter teórico, donde se note el vacío existente frente a los estudios de carácter comparativo sobre: la depresión en reclusos no consumidores y consumidores de alguna (as) sustancias psicoactivas, tal y como lo demuestra la búsqueda de antecedentes realizada, la cual, al ser abordada de manera empírica, ayuda a conocer tales problemas en los reclusos de la cárcel de Támesis, aportando información útil tanto para el contexto penitenciario y la academia, como para la psicología misma, campo que investiga e interviene la salud mental, logrando así demostrar la necesidad de realizar más investigaciones en este campo y aportar pruebas de que tal problemática es una realidad en los recintos carcelarios. Por consiguiente, se consideró conveniente comparar los niveles de depresión en los reclusos consumidores y los no consumidores, con el propósito de analizar cómo se comporta una variable en relación con la otra. Todo esto ofrece la posibilidad de conocer el comportamiento de las variables y la relación entre ambas.

Segundo, dado que la investigación presentó datos sobre la depresión y el consumo de SPA, la información recolectada le permitirá al establecimiento penitenciario de Támesis obtener valioso conocimiento sobre dicho tema y sus afectaciones. Los resultados le servirán para implementar y diseñar programas de prevención y promoción y/o estrategias de intervención acordes a la realidad del ambiente estudiado, todo esto en pos de mejorar la calidad de vida de los internos.

Por último, los reclusos se beneficiarán en tanto se realicen actividades y proyectos acordes a las necesidades que presentan, evitando así consecuencias fatales como el suicidio, que desde antecedentes literarios está relacionado con trastornos como la depresión (Medina, O.; Cardona, D. & Arcila, S., 2011 y Mojica, C; Sáenz, D. & Rey-Anaconda, C., 2009), y afectaciones físicas y mentales que puede acarrear el consumo de sustancias psicoactivas, ya sea



por la tolerancia, adicción adquirida o los síntomas de abstinencia frente a una o varias sustancias (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). Además, este trabajo sugiere nuevas ideas, recomendaciones investigativas y aporta antecedentes para futuros estudios.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Comparar los niveles de depresión entre reclusos consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas de la celda uno, del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario-EPMSC Támesis.

### **Objetivo específicos**

Describir los niveles de depresión según el BDI-II en la población de estudio.

Identificar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de estudio.

## **Marco Teórico**

Con el fin de dar un soporte teórico a esta investigación a continuación, se enuncian algunas teorías que permiten la exploración de los conceptos tratados en dicho estudio.

### **Consumo de sustancias psicoactivas**

Los consumos de sustancias psicoactivas son tan antiguos como la humanidad misma, siendo utilizadas gran variedad de drogas para diferentes propósitos, desde prácticas espirituales y medicinales hasta para fines recreativos, donde la elección de la droga, tóxico, psicoactivo o medicamento dependerá de sus propiedades y, así mismo, del significado social que se le otorgue y del uso que se le dé (Beck et al, 1999).

En el contexto penitenciario, el consumo de drogas puede acarrear inconvenientes, pero también puede ser útil en procesos adaptativos ante el medio, ya que cada sustancia logra evocar un estado diferente. Por ejemplo, Los estimulantes (cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, biperiden, trihexifendil, metilfenidato y Otras) también conocidas como estimulantes del sistema nervioso “cambian el humor produciendo euforia, incrementan el estado de alerta, reducen la fatiga, producen un sentimiento de mucha energía, disminuyen el apetito y quitan el aburrimiento” (Consumo de drogas legales e ilegales, s.f).

Igualmente encontramos narcóticos o depresores del sistema nervioso, cuyos efectos son: disminución en el estado de alerta hacia el ambiente, reducción de la respuesta frente a la

estimulación sensorial, además reduce el proceso cognitivo, la actividad física y disminuye la espontaneidad del sujeto. Entre estas se encuentran drogas tales como alcohol, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, disolventes volátiles y opiáceos como opio, morfina, heroína, entre otras (Consumo de drogas, s.f). Por último, se encuentran las de carácter alucinógeno: el éxtasis es el más consumido entre los jóvenes. Se hallan en este grupo sustancias como: el L.S.D. o Ácido Lisérgico, Psilocibina, Mezcalina, Oliliuqui, Cannabis.

Tales drogas se clasifican en el grupo de alucinógenas por los efectos que traen en la percepción de la realidad, donde se distorsiona uno o varios de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto, tacto), lo que da como resultado las alucinaciones. Del mismo modo, pueden causar distorsiones de los procesos cognitivos, puede distorsionar, dimensiones tanto de tiempo como en espacio, en la conciencia de sí mismo y del estado de ánimo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). Sin dejar de lado que, el hecho de enfrentar las problemáticas desde el consumo, da cuenta de pocas estrategias de afrontamiento funcionales<sup>1</sup>.

Según, lo anterior podemos inferir que, en el ambiente carcelario las drogas permiten escapar de la realidad en la que viven, y cambiar ese estado por el que les ofrece la droga; pueden sentirse también efectos de relajación o alivio ante el aburrimiento. Otras crean inhibición o permiten que se dé una liberación de conciencia, sentimiento y pensamiento

---

<sup>1</sup> Estrategias de afrontamiento de tipo funcional significa: Hacerse responsable. Asumir las consecuencias de lo sucedido y aceptarlo. Rescatar lo positivo, Ver el lado positivo de la situación o ver las ventajas sobre las desventajas. Búsqueda de apoyo social. Mientras, las no funcionales son: Reprimir sentimientos. Reaccionar emocionalmente. No enfrentar, También incluye la resignación. (Linage-Rivadeneira, M & Gómez-Maqueo, M.E, 2012)

Las personas que emplean algún o varios tipos de drogas, lo hacen por diferentes motivos, del mismo modo se encuentran numerosos modelos teóricos para tratar de explicar el por qué se inician en el consumo de drogas puesto que no todos inician por los mismos factores o por las mismas causas, hecho que ha permitido que se creen diversas teorías explicativas en referencia a este fenómeno. Para efectos de este estudio se hará desde el modelo cognitivo.

Para el autor Stimmel (como se citó en Beck et al, 1999) El inicio del uso de las drogas se da por dos razones a saber. La primera, “conseguir placer, experimentar la euforia de encontrarse colocado” y la segunda, “compartir la excitación con la compañía de alguien que también la esté utilizando” (p.45)

En la actualidad suele acudir a la teoría de Bandura (citado por Ellis, A.; Mcinerney, R.; Diguseppe, R.; Yearger, R., 1992). Teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social, para entender el consumo de drogas. Es interesante este modelo explicativo puesto que, integra otras teorías, el condicionamiento clásico, operante y el vicario, del mismo modo contempla los procesos cognitivos y la parte social en que está inmerso y se desarrolla el sujeto.

Dicho postulado logra explicar el uso de los tóxicos, resultando útil para describir y entender cuáles son los factores que se asocian a este fenómeno donde muchos pueden estar predispuestos culturalmente por la socialización precoz con algunas sustancias (Bandura 1982 como se citó en Ellis et al, 1992). Y más teniendo en cuenta que la ley y la sociedad aprueban el uso de ciertas sustancias. En Colombia en la ley 30, (1986) se decreto que las sustancias psicoactivas legales o lícitas, son aquellas sustancias que cuentan con autorización para la distribución y consumo, aunque algunas de estas sustancias legales tienen normativas como la edad; ejemplo: el tabaco y el alcohol, solo está permitido a mayores de 18 años de edad, antes de

esta edad es ilegal.

Los psicoactivos ilícitos o ilegales, son aquellas que no cuentan con ninguno de las dos características ya mencionadas. (ley 30, 1986). Actualmente, la ley colombiana tiene excepciones para algunas drogas ilegales. La marihuana, Se puede portar solo veinte (20) gramos; marihuana hachís no puede exceder de cinco (5) gramos; en cambio la cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína que no exceda de un (1) gramo, y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos (Sentencia C-221, 1994).

Las drogas legales son fáciles de conseguir y más cuando el aprendizaje según Bandura (citado por Ellis et al, 1992) se da por modelamiento. El individuo podrá guiar su quehacer gracias a que las conductas del otro u otros sirven como ilustración para adquirir nuevos comportamientos, permitiéndole tener recursos para anticipar las consecuencias.

También desde la teoría cognitiva social, se evidencia que el reforzamiento no tiene que ser directo, donde muchos no logran aprender patrones de consumo adecuado o aprender por modelamiento y otras influencias (Bandura, 1982 como se citó en Ellis et al., 1992).

Según se ha citado anteriormente, podríamos decir que cuando un sujeto está inmerso en un contexto consumidor, evidenciando los efectos de estos y percibe las características desfavorables y factores de riesgo que genera una sustancia determinada, son factores que logran que la persona no se inicie en estas prácticas, mientras para el sujeto que ignora las problemáticas derivadas de una droga, el consumo puede aparecer o aumentar. Estas conductas sirven como modelo ejerciendo una influencia recíproca, independientemente de donde provenga (medios de comunicación, la familia, los amigos y la escuela), ubicando al sujeto capaz decidir una posición, ya sea para corroborar y discrepar el conocimiento observado desde la pasividad o

de forma activa.

Cabe agregar, el postulado de Escohohotado, (2008) (como se citó en Gutiérrez, C., 2011) plantea tres aspectos a tener en cuenta, para el uso de las drogas. Inicialmente, se relaciona con el alivio del dolor, o sea, “el sentimiento de desasosiego llamado dolor y su manifestación inmediata a través del sistema nervioso frente alguna lesión”. Seguidamente, “la idea de dormir cuando se afrontan escenarios de fastidio, aburrimiento y desesperanza, desazón” y, por último, “la naturaleza aventurera del individuo y las prácticas desarticuladas que están generan en relación con el uso de SPA”.(p.37)

De acuerdo a las razones expuesta por este autor, se evidencia diferentes aspectos que pueden favorecer al inicio del uso de una droga. Las cuales van, desde las características del individuales y la forma en como un sujeto hace frente ante alguna dificultad o sentimiento, hasta los efectos mismo de la droga. No obstante, estos componentes no son los únicos que se deben tener en cuenta para explicar la aparición de este fenómeno en un sujeto.

Por otro, lado Beck et al, (1999), en su obra modelos cognitivos de la adicción, expresa que muchas personas adictas tienen características que las predisponen a tomar algún psicotrópico. Los factores que predisponen según estos autores son:

- a) sensibilidad general a experimentar sentimientos desagradables, b) poca motivación para controlar la conducta) impulsividad) búsqueda de excitación y poca tolerancia al aburrimiento, e) poca tolerancia ante la frustración y f) en muchos casos insuficiencia alternativas prosociales para conseguir sentimientos placenteros y una sensación de indefensión siempre que se persigue un objetivo. (p, 68).

Este argumento permite entender por qué unas personas, pueden incurrir más fácil en la práctica del consumo, puesto que muchos verán a la droga como una solución para quitar

malestares psicológicos, emocionales y físicos, gracias a los efectos de estas. El solo hecho de estar encarcelado puede ocasionar un sin número de síntomas que desequilibran su estado psicológico y emocional, apareciendo la droga como salvadora, puesto que muchos pueden considerar que la droga logrará mejorar su estado de ánimo.

Ellis et al, (1992) Añade que la baja tolerancia a la frustración-BTF-, está presente en el uso y la adicción, en el cual el malestar ocasiona ciertos pensamientos irracionales, resultando difícil esperar que la urgencia pase, recurriendo alguna sustancia como medio de escape para lograr el bienestar deseado. Para Beck et al, (1999) las personas con BTF, “son hipersensibles ante cualquier desengaño, insatisfacción o interferencia con sus objetivos, deseos o acciones” (p,322).

Como se ha evidenciado, las utilizaciones de los psicoactivos dependen de una gran variedad de elementos sociales y personales, según Peele (1985) (como se citó en Beck et al, 1999) Existen consumidores casuales y adictos, los primeros se reconocen por qué priorizan valores como: la familia, amigos, ocupación, la seguridad emocional, económica, el ocio y otras ante que el consumo.

Se podría decir que, muchos reclusos pueden hacer uso del toxico dentro del plantel para aliviar esos sentimientos desagradado que le genera estar allí, reduciendo el estado volátil o permitiéndole sentirse aliviado de sus tensiones reprimidas o de la depresión que le causa estar encerrado, patología que suele estar relacionada con problemas de consumo, donde los síntomas depresivos pueden agravar la salud del sujeto, debido a la sintomatología de esta.



## **Depresión**

Depresión “viene del latín depressio, que significa hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia”. (ice, Dirección de comunicación, s.f, p. 4)

Actualmente, instituciones de gran importancia, como la OMS (2017), la define como: un trastorno afectivo. La cual, “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”. (par 1,2,3). Esta es un trastorno mental frecuente y en el caso de presentarse dificulta sensiblemente el desempeño y la capacidad para afrontar la vida diaria y en su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS,2017).

Beck, A; Rush, J; Brian, S. & Gary, E, (2010) en su obra “Terapia cognitiva de la depresión Explican, desde tres nociones, la esencia psicológica de la depresión. Inicialmente esta: la “tríada cognitiva” esta consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su percepción futura y sus experiencias, expectativas de manera negativa.

El primer componente, se basa en la visión negativa acerca de sí mismo, Es decir, el sujeto experimenta sentimientos de; desgraciado, torpeza, enfermedad y poco valor. Además, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de percibir las cosas, el sujeto cree que, por estos defectos, es un inútil y carece de valor. Tiende a, subestimarse, criticarse a sí mismo en base a sus defectos.

Finalmente, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr alegría y felicidad. (Beck et, al. 2010)

El segundo elemento, se basa en la tendencia de interpretar sus experiencias de una manera negativa, donde aparecen pensamientos como; “el mundo me hace demandas exageradas y me lo que me pasa no logro mis objetivos”. Teniendo interpretaciones frente a sus interacciones con el entorno, como relaciones de inferioridad o fracaso. Las elucidaciones negativas se hacen visibles cuando se observa cómo edifica el sujeto los escenarios y/o situaciones en una orientación negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más laudables (Beck et, al. 2010).

El tercer componente, se caracteriza por su punto de vista negativo sobre el futuro. En esta el sujeto hace planes de gran alcance, anticipando que sus conflictos o angustias actuales continuarán indefinidamente. La persona está en espera de sentir sentimientos frustrantes, penas y carencias perpetuas. Lo que ocasiona que cuando piensa en comprometerse con una definitiva tarea en un futuro adyacente, inevitablemente sus expectativas son de derrota (Beck et, al. 2010)

Consecutivamente, en las nociones explicativas de Beck et al (2010) está la segunda noción es la “organización estructural del pensamiento depresivo”. Este concepto explica por qué el sujeto depresivo, conserva actitudes que le hacen padecer sufrimientos, los cuales son equivocados, pese a la evidencia objetiva, de que existe componentes positivos en su vida. Los esquemas son patrones cognitivos normales que transforman los datos en pensamientos, cuando estos son impropios definiendo erradamente, causando que el individuo establezca distintos sucesos peligrosos, en la depresión leve aun los estímulos externos mínimos se vuelven extremos para la mente, perdiendo el control de su voluntad sobre los procesamientos de pensamiento, mientras en los estados de depresión más graves, se pierde la objetividad siendo incapaz de

concentrarse en estímulos externos, instaurando esquemas idiosincráticos (ideas negativas persistentes y repetitivas). (Beck et, al. 2010)

Por último, la noción de los “Errores en el Procesamiento de la información”. Este apartado comprende seis componentes que lo forman, los cuales explican los errores sistemáticos que se dan en el sujeto con depresión, logrando que este crea y afirme estos pensamientos negativos los pensamientos depresivos. (Beck et al, 2010, p23)

1. La inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta):se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión
5. Personalización (relativo a la respuesta):se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión
6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta):se manifiesta en la

tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. (Beck et al, 2010, p23)

Una manera de comprender la desorganización de pensamiento presente en la depresión, es conceptualizarlo según Beck et, al. (2010) en términos de modos “primitivos” de organizar la realidad vs. Modos “maduros”. Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. El “pensamiento primitivo” se caracteriza por pensamiento tales como: No dimensional y global (soy un delincuente). Absolutista y moralista (soy un despreciable delincuente). Invariable (siempre he sido y seré un delincuente). Diagnostico basado en la personalidad (hay algo extraño en mi personalidad). Irreversibilidad (soy un delincuente y no hay nada que se pueda hacer para dejar de serlo).

Mientras que el pensamiento “maduro” son: Multidimensionales (soy moderadamente malo, bastante inteligente). Relativo; no emite juicios de valor (soy más malo que el resto de los internos). Variable (mis actos se modifican de un momento a otro y una situación a otra). “Diagnostico conductual” (prefiero evitar) Reserversibilidad (Puedo aprender hacer otra cosa y luchar contra mi maldad)

De acuerdo a las particularidades del pensamiento “primitivo” y “maduro”, se podría decir que el pensamiento de la persona deprimida es primitivo, donde estos emiten juicios absolutistas respecto a los acontecimientos que afectan su vida, donde la respuesta emocional son negativas y extremas.

Tomando en cuenta, la teoría explicativa de Beck desde el modelo cognitivo, el cual logra dar cuenta porque un sujeto puede desarrollar este trastorno afectivo el cual varía: en

sintomatología, gravedad, duración con signos y síntomas asociados

Cuando una persona presenta sintomatología depresiva, presenta algunas alteraciones en las dimensiones: comportamentales, emocionales hasta físicas; pueden clasificarse en las siguientes categorías.

En este sentido, se darán las características que posee cada síntoma. Iniciando, por el afectivo:” tristeza, pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos, y afecto por otras personas, pérdida de la alegría, ansiedad”. (Beck et al. 2010) Así mismo, se encuentra síntomas motivacionales: “deseo de escapar (normalmente, vía suicidio); deseo de evitar “problemas” o incluso actividades cotidianas”. igualmente, Síntomas Cognitivos: “dificultad para concentrarse, problemas de atención, dificultades de memoria”. Las distorsiones cognitivas –que se sitúan más bien a nivel conceptual o en el nivel del procesamiento de la información– se discutirán en el siguiente apartado, Del mismo modo, los síntomas conductuales: “suelen ser reflejo de otros tipos de síntomas ya mencionados”; se incluyen la pasividad (por ejemplo, quedarse en la cama o permanecer sentado en una silla durante horas), la evitación o huida del contacto con otras personas, la lentitud, la agitación y para terminar, los síntomas fisiológicos o vegetativos: alteraciones del sueño (tiempo de sueño por encima o por debajo de los períodos normales); del apetito, como hipofagia o hipofagia. (Beck, A et, al. 2010, p. 97)

La clasificación de esta patología se encuentra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM versión V- (2013). El cual es objeto de codificación donde se suscriben y se modifican los trastornos mentales -TM -de acuerdo a los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría –APA-, se puede, obtener conocimiento y descripciones claras de las categorías, con el fin de codificar o diagnosticar un trastorno según las características y criterios

de este. (APA, 2013)

El cual especifica la sintomatología en este caso, “la depresión grave, episodio depresivo mayor”, se manifiesta cuando por lo menos cumple cinco o más de los síntomas descritos en el DSM-V, estos estados “deben estar presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas, los cuales incluyen, un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer” (p.104).

Cataloga a éste padecimiento en: trastorno depresivo mayor cuyas características integra:

A. presentar síntoma como disminución del interés de las actividades, insomnio, fatiga, pesimismo, Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse (...) B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013, pp. 104-105)

Mientras, el Episodio Depresivo Mayor: Es un estado de tristeza de dos semanas, persistente la mayor parte del día donde existe una pérdida de placer por varias actividades, que ayudan a un deterioro social, familiar y laboral, además se experimentan sentimientos de incompetencia o culpa excesiva que puede ser delirante (..) (APA, 2013).

Con respecto, a los tipos de depresión se puede encontrar unas de carácter endógeno – psicótica y otras reactivas- Neurótica. El primer término endógena desde la definición realizada por Ferrer, (2008) y APA (2013) el síndrome denominado endógeno se caracteriza por:

Reactividad del estado de ánimo: “la capacidad de animarse cuando se presentan acontecimientos positivos (p. ej., una visita de los hijos, alabanzas por parte de otras personas) o se puede volver eufórico (no triste) incluso durante períodos prolongados si las circunstancias externas se mantienen favorables” (APA, 2013, p. 175)

Ferrer (2008) Expone que: esta se conoce de igual manera como exógeno, situacional, neurótico o psicógeno, caracterizándose por: “rasgos neuróticos de personalidad, ansiedad, agravación de los síntomas por la tarde, variaciones de un día a otro, curso prolongado no estacional, pronóstico más desfavorable, con respuesta más pobre a la terapia farmacológica y mucho más sensible a la psicoterapia”. (p,1)

La depresión cuenta con varias categorizaciones, esto permite que los diagnósticos se diferencien entre cuadros psicóticos y neuróticos, los cuales se ven explicados desde la depresión endógena y reactiva y de acuerdo se clasifican para realizar las debidas intervenciones y terapias.

## **Metodología**

En este apartado, se expresa como se llevó a cabo la investigación, definiendo la investigación y el alcance de esta, el establecimiento de la hipótesis, la realización del diseño acorde con la pregunta problematizadora la hipótesis planteada. De igual manera, la selección de la muestra y el tipo de muestreo elegido, las herramientas utilizadas para la recolectar la información de datos y por el ultimo el análisis y la presentación de los resultados.

### **Enfoque metodológico**

Se realizó un estudio cuantitativo, este método recolecta datos (medición de variables o conceptos contenidos) y debido a que estos datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar mediante métodos estadísticos, lo cual permite conocer la magnitud de la asociación y se puede predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de personas (Sampieri, R.; Collado, C, & Lucio, p.2008).

De acuerdo a las características expresadas anteriormente de este enfoque investigativo, se eligió este paradigma, por cuanto, este método permite la demostración de la relación existente entre el consumo de SPA y depresión por medio de pruebas psicométricas.



**Diseño investigativo**

Diseño no experimental cuantitativo de corte transversal, se define como un estudio, permite recolectar datos en un solo momento, lo que se hace es observar de forma natural en la que se presenta un fenómeno, para después analizarlo (Sampieri et al., 2008).

**Tipo de estudio**

La investigación utilizó un tipo de análisis descriptivo, por lo tanto, su objetivo no es evaluar una hipótesis de trabajo, sino observar cómo se comportan determinadas variables en un contexto en específico. (Sampieri et al., 2008).

**Población**

La investigación comprende a personas en condición de privación de libertad en el año 2017, pertenecientes al ETPC-TAM de la celda uno, sin discriminar los años de sentencia cumplida u otorgada, la edad, o nivel socioeconómico y escolaridad con un total de veintisiete reclusos.

**Criterio de inclusión.**

- Población privada de la libertad pertenecientes a las celdas uno del establecimiento penitenciario de Támesis.
- Sexo masculino.
- Que asedan a la investigación de manera voluntaria

**Criterios de exclusión.**

- Presencia de alguna discapacidad visual, auditiva o del lenguaje.

## **Limitaciones**

Se encontró que la mayor limitación fue la disponibilidad del espacio y el tiempo de los colaboradores, razón por la cual el muestreo no se realizó con toda la población, donde la celda tres y dos no se incluyeron. Por motivos como: el cruce de otras actividades, puesto que la institución solo cuenta con un espacio (capilla), en el cual se realiza todo tipo de encuentro, estudios, talleres y demás, la disponibilidad del espacio y de los reos sería posible en la fecha 21 de abril, momento en el que la investigadora, ya debía tener el trabajo de grado terminada.

## **Estrategias de recolección de información**

El trabajo de campo, partió realizando, tramites de autorización, inicialmente en la Universidad y seguidamente, con el director del establecimiento penitenciario del municipio de Támesis –Antioquia. El cual se solicitó de manera escrita donde estaba estipulado el tema a investigar, finalmente, la autorización de los internos, por medio del consentimiento informado, aclarando el tipo de instrumento, conceptos de medición que sería utilizado los resultados para fines académicos y estadísticos, además se les aclaro que se guardaría el anonimato, con el fin de no sesgar la prueba y brindarles confidencialidad de su información.

Estableciendo, la autorización, con los diferentes representantes institucionales y la población, se dio paso a la selección de las pruebas psicométrica. Como medio de recolección de datos, adecuados para registrar la realidad que presentan las variables de la investigación (depresión y consumo de SPA) en el contexto estudiado. Sí bien, no hay una medición perfecta, sí, permite “estandarizar y cuantificar los datos” (Bostwick, Kyte (2005) citado en Sampieri et al , 2008, p 277).

Para la selección de los instrumentos, se debe tener en cuenta según Sampieri et al (2008) en su libro “Metodología de la Investigación” Tres elementos: confiabilidad, validez y objetividad.

Empezaremos por la confiabilidad: “se refiere al grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes”. Seguidamente, la validez: “implica que el instrumento mida la variable que pretende medir” y, por último, la objetividad: “el instrumento es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan, esta también se refuerza en la estandarización del instrumento”. (Sampieri et al, 2008, p. 277)

Teniendo en cuenta lo anterior, se eligió un instrumentos de medición, el cual está adaptado al español y se ha estandarizado, lo cual permite conocer las características de la prueba, asimismo, se contó con un cuestionario escrito bajo el nombre de REO, con el fin de conocer: datos sociodemográficos, presencia años de condena cumplidos, sentencia, número de visitas, si consumo alguna sustancias psicoactiva dentro de la cárcel de Támesis, con la formulación de preguntas cerradas, además se le brindaba al colaborador opciones de respuesta quienes debían acomodarse a ellas.

## **Instrumentos**

En esta investigación se aplicaron dos instrumentos, inicialmente el cuestionario Reo, elaborado por el grupo de investigación, el cual consta con 14 reactivos, las cuales son preguntas de opción múltiple con única respuesta. El segundo, correspondió al Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II), el cual consta con 21 ítems.

## **Inventario de Depresión de Beck –II**

En este apartado, se describe las cualidades del test y las puntuaciones de la adaptación española del BDI-II, (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).

**Nombre del test:** Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

**Autor:** Aarón T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

**Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:** 2011

**Autor de la adaptación española:** Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández

**Medición:** Niveles de Depresión

**Descripción Objetivos:** describe síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes con depresión y por lo tanto su nivel del mismo.

**Descripción:** es un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert, es decir que obtenemos un nivel de acuerdo o desacuerdo a una pregunta a través de la respuesta.

**Fiabilidad:** 0.93

**Validez:** Las puntuaciones de las diversas pruebas aplicadas en poblaciones distintas, pero de similares características demostraron de acuerdo a las medidas de depresión del MCMI-II y del LED una adecuada validez general fusionada (validez de contenido, de constructo y predictiva) superiores al 0.5 con una valoración de Buena.

**Tiempo de administración:** la aplicación puede ser individual o grupal, en un tiempo

determinado de 5 a 10 minutos y en aplicación colectiva: 5-10 minutos

**Normas de aplicación:** Se pretende a los sujetos encuestados contesten de forma sincera, sin interpretar las opciones como buenas y mala, informando le que elijan la opción que describa mejor los síntomas que han tenido en las últimas dos semanas o el mismo día de la evaluación. puesto que, el BDI-II fue creado desde los criterios diagnósticos del DSM IV y detecta síntomas depresivos del mismo día en que se realizó la encuesta

**Corrección e interpretación:** los puntajes van de 0 a 63 puntos como máximo, permitiendo clasificarlos según los resultados en uno de los cuatro niveles, es decir, cuando el puntaje está entre los 0-13 puntos es Mínima Depresión; 14-19 Depresión Leve; 20-28 Depresión Moderada; y 29-63 Depresión severa. Cada pregunta posee 4 opciones, en caso que el individuo haya elegido más de dos respuestas en una categoría se toma tiene en cuenta de mayor puntuación.

### **Cuestionario reo.**

Es un cuestionario de ubicación del sujeto encuestado y presencia de consumo dentro del plantel penitenciario, consta de 14 ítems, un conjunto de preguntas cerradas, las cuales contienen opciones de respuestas delimitadas y otras dicotómicas, donde solo cuenta con dos opciones de respuesta. Este tipo de preguntas cerradas, se eligió debido a las características de la población quienes, según fuentes oficiales, sus niveles de escolaridad son bajas, esto facilita más responder, además toma menos tiempo. Por otro lado, reduce la ambigüedad y se favorece la comparación entre las respuestas (Sampieri, R.; Collado, C, & Lucio, P., 2008)

Para la selección y formulación de preguntas se tuvo en cuenta las características planteadas por Sampieri et al (2008) en su obra “Metodología de la investigación”. Las cuales

consta de elementos como: claridad y precisión a la hora de formular la pregunta, que sean lo más breve posible (.). Con un vocabulario simple, directo y familiar para los participantes, además que estas no incomoden al encuestado o se sienta amenazado, en preguntas que puede generar rechazo es mejor abordarlas de forma indirecta de forma que quede cuenta sobre la respuesta que se quiere conocer (consumo de sustancias psicoactivas).

También, debe referirse a preferiblemente a un solo aspecto o una relación, las preguntas no deben inducir a las repuestas, tampoco se deben de basar en instituciones ideas respaldadas socialmente o evidencias comprobadas, pues estas creencias pueden de igual manera inducir a la repuesta y en relación con las preguntas que tienen varias opciones, y donde el encuestado solo tiene que elegir una opción, es necesario que frente este aspecto se limite las respuestas colocando las necesarias.

Las preguntas se basaron en estas características. Asimismo, se formuló de tal manera que fuera autoadministrado, lo que refiere que, el propio participante no tiene intermediarios y las respuestas las marca el mismo, este tipo de instrumento solo es válido para esta población, se sugiere que en el caso de realizarse con otro tipo de población se estructure un instrumento acorde a las características y se realice prueba piloto. Este cuestionario se puede aplicar de manera individual o grupal, de manera grupal en un tamaño razonable, se responde de manera más rápida.

Para el desarrollo de este, se anticipó las posibles alternativas de respuesta, esto con el fin de prevenir sesgos o confusiones, teniendo en cuenta que la población presenta bajo nivel educativo en relación a la lectoescritura y comprensión lectora según fuentes de la institución.

Las preguntas se construyeron, con fundamentos en otras investigaciones y los resultados obtenidos de las pruebas piloto, se realizó con el fin de, prever errores, confusiones, medir el

tiempo para desarrollar dicha prueba y de esta manera validar el cuestionario de manera interna, es decir, este cuestionario solo servirá para evaluar los reclusos de la celda uno de la prisión de Tamesis, para las otras celdas, u otros internos, se debe diseñar otro cuestionario, acorde a las características del mismo.

En este cuestionario se preguntó estrictamente la información que se quería obtener para medir las variables. De igual forma, contiene preguntas obligatorias- demográficas o de ubicación del sujeto encuestado como: edad, nivel de escolaridad, estado civil previo al ingreso y después de este, participación algún taller dentro del establecimiento penitenciario, años que lleva recluido en la cárcel de Tamesis, frecuencia de vistas de: Amigos. Familia y Pareja.

Para realizar el análisis estadístico, se requirió precodificar las respuestas de los internos a la luz de las preguntas del cuestionario (Sampieri et al 2008).

Las preguntas están acompañadas de su símbolo correspondiente, para realizar la codificación una vez se tengan las respuestas de la población objeto de análisis, esto facilitara la preparación del análisis y minimiza el tiempo, además este cuestionario al haberse sometido a prueba piloto, la cual se realizó con los mismos internos, permitiendo modificar para facilitar la comprensión y el fácil diligenciamiento por parte de los internos, para establecer el cuestionario final.

### **Hoja de respuestas.**

En la hoja de respuestas se deberán anotar todas las contestaciones de cada pregunta, así Una vez finalizada la encuesta, el evaluador deberá revisar que no haya elementos omitidos (si es así deberá instar al examinando a dar una respuesta a dichos elementos) y que se hayan rellenado



correctamente todos los campos identificativos.

### **Proceso del levantamiento de la información.**

Se partió de con prueba piloto del cuestionario Reo, para observar la comprensión de las preguntas, la formulación de estas y el tiempo estimado para resolver el cuestionario, para dar paso a la creación final de este para la recolección de la información.

A cada reo ,se le entrego un paquete con las encuestas (BDI-II y cuestionario REO), el consentimiento informado, se realizó de manera grupal como constancia escrita de la autorización para usar los datos recolectados exclusivamente con fines académicos o como información colectiva estadística para efectuar programas de P&P, mediante la lectura del consentimiento informado cada interno puede conocer los objetivos y para asuntos de controlar el sesgo de la información se les garantizo a los internos la confidencialidad mediante el autodiligenciamiento de la encuesta anónima, además la encuesta cuenta con preguntas cerradas y categorización de tal manera que no pueda dar indicios de la identidad de los participantes y de esta manera se les garantizo la reserva de información personal, donde finalmente el participante decidió de manera voluntaria participar en el estudio, también en este sobre se encuentra el Inventario de depresión Beck y REO.

Una vez explicado lo entregado, se aplicaron los instrumentos en la población reclusa que cumplió con los criterios de inclusión, obteniendo una muestra total de veintisiete internos, los cuales desarrollaron la prueba, y de esta forma dar lugar al plan de análisis.

## Plan de análisis

Se realizó el conteo de los cuestionarios, la corrección del llenado y luego la codificación para procesar la información a través del paquete estadístico descriptivo, con el que se hará el análisis de la información recolectada, se verifico las variables sociodemográficas, y teniendo en cuenta los lineamientos de las pruebas, se obtuvo la prevalencia de consumo de SPA, depresión, y por último se organizó la información mediante un análisis de la estadística descriptivo, “ da cuenta de los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variables, para luego establecer la dependencia que existe entre dos o más características que se visualizan en una población”.

(Sampieri, R.; Collado, C, & Lucio, P., 2008, p. 419)

Como método de análisis, para responder la pregunta, los objetivos de dicho estudio, mediante la codificación de las categorías, lo cual permite la descripción y análisis, por medio de la tabulación de los datos y posteriormente la representación en gráficas en el programa Excel, Los instrumentos adoptados en dicho estudio, tienen un escalamiento de tipo Likert, este método de medición, le asigna a cada categoría un valor numérico, de manera que permite una puntuación total ,por medio de la suma de las afirmaciones y respuestas de los ítems (Hernández, H., Fernández, C. & Baptista., M., 2010)

Lo que facilita la unidad de análisis, la cual se hizo desde la estadística descriptiva, técnica que sistematiza, válida y da confiabilidad, para constituir las conclusión del estudio, mediante distribución de frecuencias de las variables medidas de tendencia central, medidas de variabilidad, gráficos, lo que es necesario para la indagación, en este caso, la tabulación para el cuestionario Reos y BDI-II, fue parte fundamental para analizar de manera gráfica los resultados generales del nivel de prevalencia en la población objeto de estudio, para determinarla relación

entre las variables.

### **Aspectos éticos**

El estudio fue conocido por el comité académico de la Universidad Minuto de Dios y el Establecimiento Penitenciario del Municipio de Támesis-Antioquia, se solicitó la autorización del plantel inicialmente y se solicitó el consentimiento informado por escrito por el grupo poblacional, esta investigación se clasificó de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud, aplica el Artículo 11. de la Resolución N° 008430 De 1993 (4 de octubre de 1993) como una investigación sin riesgo, está según el Art, 11 es:

“Son técnicas y /o métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”. (Artículo 11, 4 de octubre de 1993)

En referencia a, la Ley 1090 de Colombia, específicamente el artículo 25. Mediante una carta a las directivas de la institución se solicitó la autorización para la aplicación de los dos instrumentos, previo consentimiento informado.

El consentimiento informado, especifica el objetivo de la investigación y se les aclaró que la información es totalmente confidencial con fines académicos donde también se les manifestó que pueden abandonar, sino estaban de acuerdo o se sienten comprometidos con las preguntas de él instrumentos de recolección de información.

En esta investigación no se da mucha información de la población a estudiar por

cuestiones de confidencialidad, puesto que la población a estudiar son penitenciarios, por tal motivo alguna información es omitida pues se considera susceptible de protección, en razón de que su conocimiento por terceros puede dañar al titular de la misma. La información modificada omitida es prescindible (Anguita & Sotomayor, 2011).

Se dejó en anonimato datos como: el nombre, años específicos de reclusión, consignándose en este caso sólo la columna que corresponde, todo esto se hace por que se prioriza el “aparente anonimato”, esto como se ha expresado anteriormente con el fin de proteger la población estudiada.

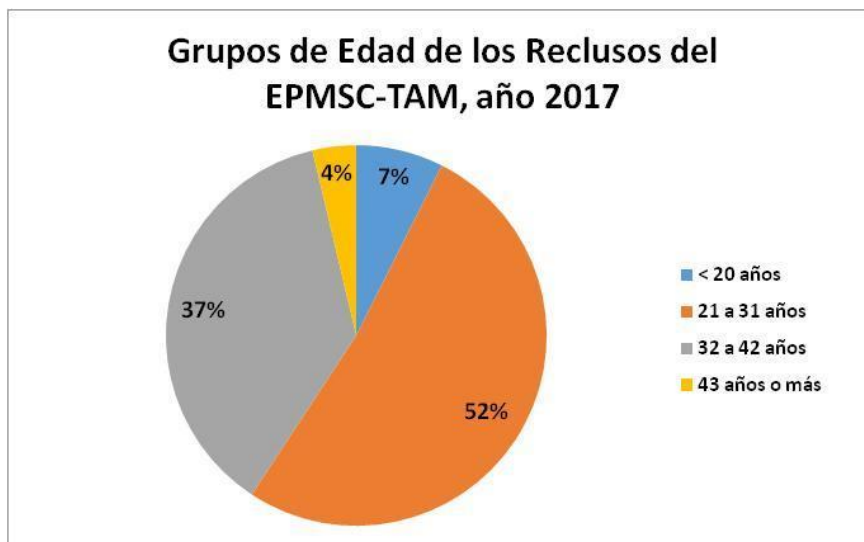
## **Análisis y discusión de los resultados**

Antes de iniciar la discusión, vale la pena resaltar las principales limitaciones de la actual investigación. En primer lugar, está el hecho temporal, el cual se constituyó en el periodo de tiempo comprendido entre febrero y marzo del 2017, En segundo lugar, Limite espacial, los instrumentos, solo se les aplico a los reclusos de la cárcel penitenciario del municipio de Támesis-Antioquia de la celdas uno, lo que no permite generalizar los resultados en todo el plantel ; además, se le aplicó a un grupo que estaba conformado exclusivamente por hombres, lo que nos lleva a desconocer, sí ,se presenta relación de estas dos variables en población femenina reclusa.

Dadas las condiciones que presenta, se le añade el hecho que no se encuentra con investigaciones cuantitativas previas sobre: la prevalencia detectada puede variar en cierta medida, debido que, existe diferencias en la metodología y los instrumentos utilizados para encuestar la muestra de estudio, difiriendo en preguntas, lo que imposibilita de cierta manera la comparación con otros estudios. Una vez expresadas las limitaciones con las que cuenta dicho estudio, se dará inicio en este apartado la discusión de los resultados con la literatura revisada y los antecedentes.

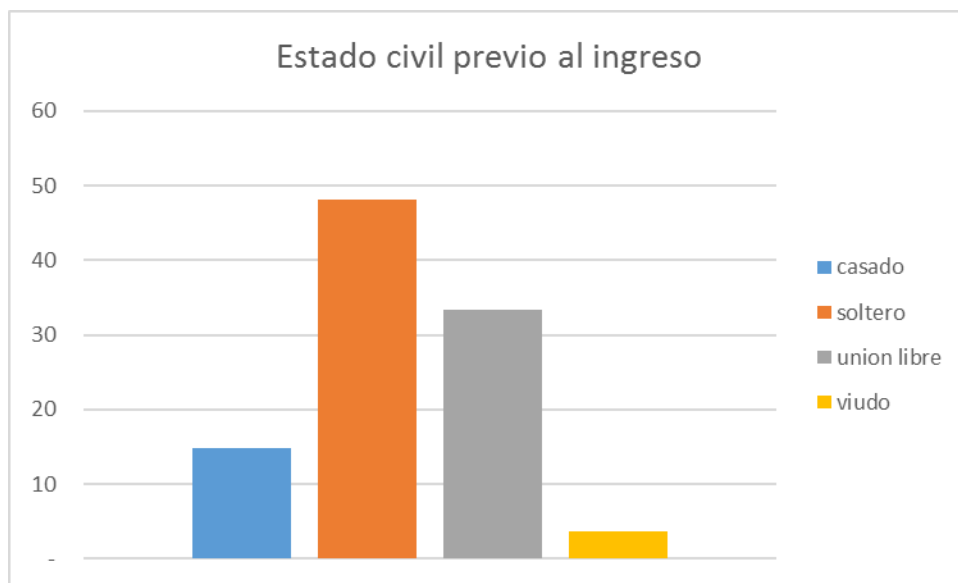
En referencia con los resultados puntuados por la muestra de estudio, se expondrá inicialmente, en la descripción estadística las variables sociodemográficas de los internos y, en segundo lugar, los resultados del inventario de depresión y por último, la comparación estadística

de la proporción de internos que presentan y no presentan consumo de sustancias psicoactivas en relación con los niveles de depresión según el BDI-II. En este caso, los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico de Microsoft Excel.



**Figura 1.** Grupos de Edad de los Reclusos del EPMSC-TAM, año 2017

En la figura anterior, se evidencia que la mitad de los reclusos del EPMSC-TAM tienen una edad entre los 21 a 31 años comparativamente la investigación de Martínez, (2010) En obtuvo como resultados que, “el grupo de edad predominante entre los hombres internos del reclusorio de la zona sur del estado de Veracruz es 22 y 31 años de edad”. (p.23), según estos dos estudios se puede evidenciar que la edad tiene mayor prevalencia en la población reclusa masculina. Y, aunque los rangos son en cierta medida compatibles difieren en los niveles de edad.



*Figura 2.* Estado Civil previo al Ingreso

En el grafico anterior, se aprecia que 5 de cada 10 reclusos ingresaron al centro penitenciario con un estado civil de soltería, estos resultados concuerda con la población reclusa de la Veracruz de México donde en el estudio de Martínez, (2010); revelan que, “el estado civil con mayor prevalencia es soltero” ,lo que en muchas ocasiones está relacionado con la falta de apoyo sociofamiliar durante el encarcelamiento y el cumplimiento de la condena , puesto que en la mayoría de visitas son realizadas por la pareja. Asimismo, esta población puede ser más vulnerable a presentar dificultades en el proceso adaptativo, evocando consecuencias en los estados físicos, psicológicos y emocionales del interno (Travis, Cincotta y Solomon, (2005) (citados por Moreno., s.f.), De igual manera, el mantener contacto con su pareja, familia, amigos

externos al centro, permite que el interno no se sienta aislado del mundo social y exterior tan abruptamente, Tal como se demuestra en, la investigación de Uribe -Rodríguez, A; Martínez-Rodríguez, J.& López-Romero, K., (2012) donde los resultado del estado civil de mayor prevalencia es en unión libre y en lo que concierne a frecuencia de visitas, manifiesta que se realizan de manera semanal.

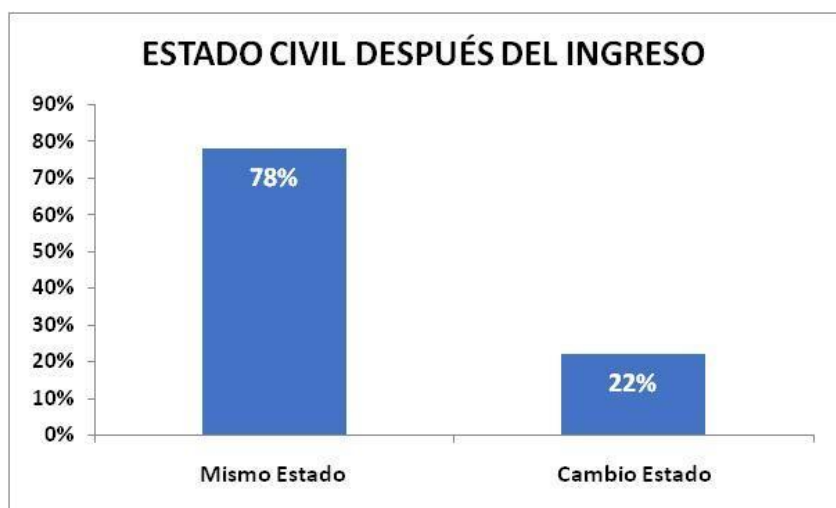
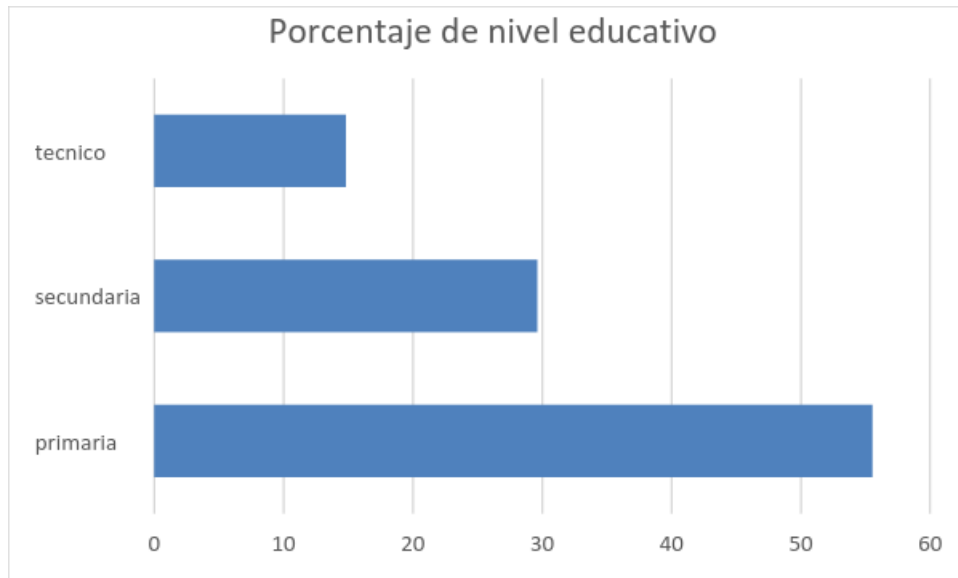


Figura 3. Estado Civil después del Ingreso

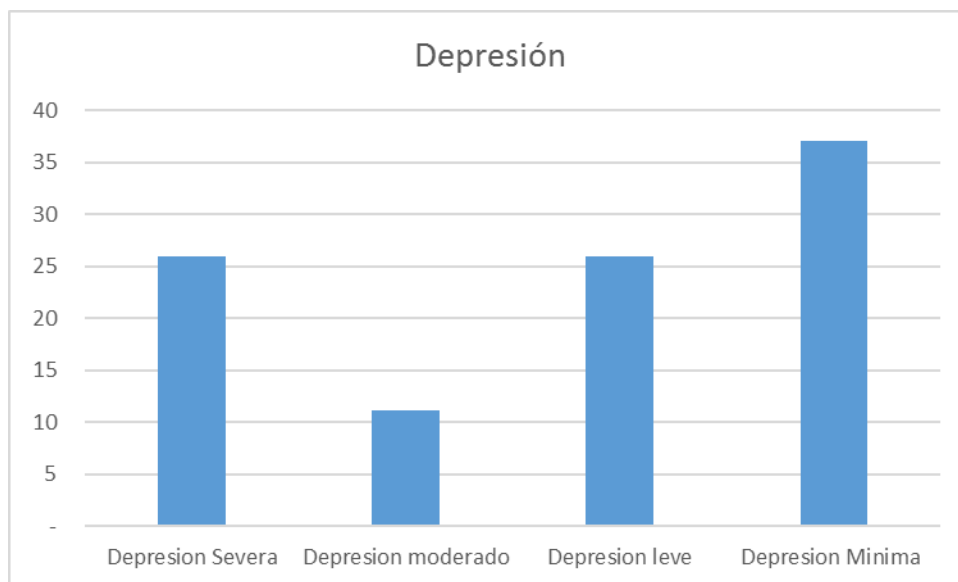
Dada la información de la figura 3, se realiza una comparación con respecto a la situación actual del estado civil de los reclusos en comparación al ingreso. Por medio de esta, se logra observar que el 22% de ellos tuvo un cambio en su estado civil.





*Figura 4.* Porcentaje de Nivel Educativo

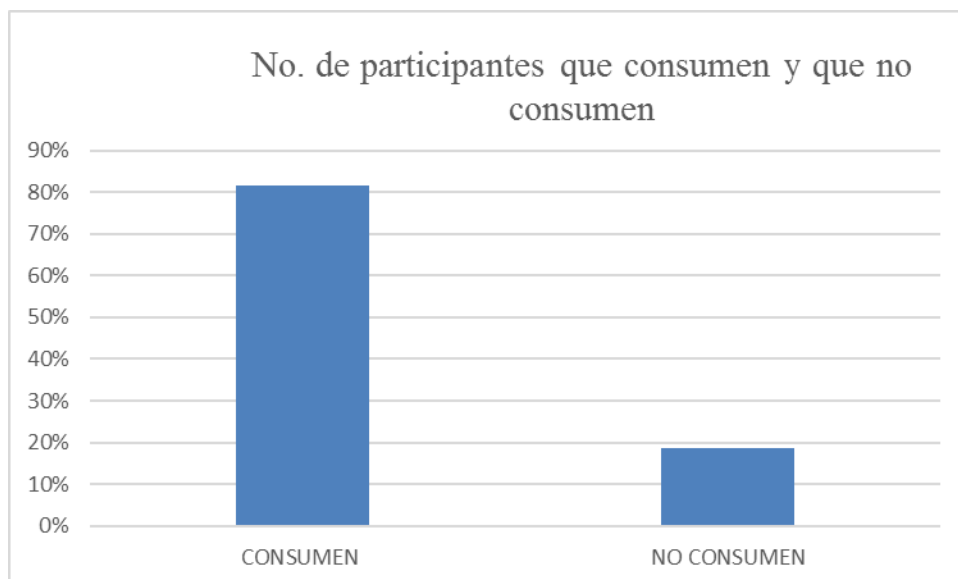
Para el gráfico anterior, se evidencia que la mayoría de la población reclusa tienen un nivel educativo de primaria, siendo así de un 56% (13 reos), la mayoría de los internos tienen niveles de educación bajo, relacionándose de igual manera, “con contextos y familias disfuncionales, niveles socioeconómicos bajos, ambientes que no brindan oportunidades que mejoren la calidad de vida y algunas veces los han presionado a cometer actos delictivos, consumir drogas, traficar estupefacientes, tal vez para ganarse la vida” .(Crocker y cols, 2007, Gordon y Hasssan, 2003, p.193)



*Figura 5.* Niveles de depresión EPMSC-TAM

Fuente: Inventario de depresión de Beck-II

De acuerdo al gráfico, se evidencia que la mayoría de los reclusos (37%), presentan depresión mínima, lo que da cuenta que, aunque, los índices obtenidos son bajos también se obtuvo, un nivel significativo en la depresión severa. Teniendo en cuenta, lo que plantea Beck et al (2010), frente a la depresión y a la importancia de atender esta patología, puesto que, esta es causal de sufrimiento en el sujeto que la padece, también ocasiona pérdida de motivación, proyecto de vida y como lo demostró las investigaciones de Medina, O.; Cardona, D. & Arcillas., (2011) y Mojica, C; Sáenz, D.& Rey-Anaconda, C., (2009), la depresión, se ve relacionada con la ideación suicida y con el uso de sustancias psicoactivas. Por otro lado, teniendo en cuenta que la cárcel tiene características particulares, donde solo el propio encarcelamiento será causante de malestares psicológicos, emocionales y físicos (Segovia, 1995 y Valverde citado en Ruiz, J.I., 2007).



*Figura 6.* No. de participantes que consumen y que no consumen

El 81% de la población de estudio, consume algún tipo de sustancias psicoactivas, según la revisión teórica, se logra evidenciar como la droga se comporta un factor regulador de la depresión, ya que los efectos de estas, le permite tener fuga de realidad, y escape frente de las tensiones psicológicas. En el 2016, Larrotta Castillo, R., Rangel Noriega, K. J., Luzardo Briceño, M., Gómez Muñoz, N., y Redondo Pacheco, J. Investigaron el consumo de sustancias psicoactivas antes y después del ingreso a prisión en catorce centros carcelarios de Colombia, manifiestan que el ingreso de sustancias psicoactivas en estas instituciones se agudiza, esto logra que el consumo de SPA disminuye de manera significativa, pero no se extinga, siendo las más consumidas las legales (tabaco, cigarrillo) y la mariguana, del mismo modo. López, (2007), en su investigación evidencia que, aunque muchos internos dejan de consumir SPA, otros, por el contrario, empiezan a usar estas sustancias al ingresar a la prisión. Lo que permite, visibilizar que, aunque se tuvieron diferentes resultados, los hallazgos obtenidos de todas las

investigaciones permite, dar cuenta que el problema del consumo de sustancias no se elimina, al ingresar estos recintos.

*Tabla 1:* Niveles de depresión en consumidores de alguna sustancias psicoactivas y no consumidores en los internos de la celda uno de la cárcel de Támesis.

<b>Depresión * Consumo de sustancias psicoactivas</b>					
			Consumo de sustancias psicoactivas		Total
			No	Si	
Depresión	Mínimo		2	8	10
		% Depresión	20,0%	80,0%	100,0%
		% Consumo de sustancias psicoactivas	40,0%	36,4%	37,0%
		% Total	7,4%	29,6%	37,0%
	Leve		2	5	7
		% Depresión	28,6%	71,4%	100,0%
		% Consumo de sustancias psicoactivas	40,0%	22,7%	25,9%
		% Total	7,4%	18,5%	25,9%
	Moderado		0	3	3
		% Depresión	0,0%	100,0%	100,0%
		% Consumo de sustancias psicoactivas	0,0%	13,6%	11,1%
		% Total	0,0%	11,1%	11,1%
	Severo		1	6	7

		% Depresión	14,3%	85,7%	100,0%
		% Consumo de sustancias psicoactivas	20,0%	27,3%	25,9%
		% Total	3,7%	22,2%	25,9%
Total			5	22	27
		% Depresión	18,5%	81,5%	100,0%
		% Consumo de sustancias psicoactivas	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	18,5%	81,5%	100,0%

El 80 % (5 reclusos) de la población reclusa que no consume sustancias psicoactivas tienen una depresión mínima y leve. Mientras, aproximadamente más de una cuarta parte de los reclusos que consumen sustancias psicoactivas tienen depresión severa. Esto es afín con los resultados obtenidos por Guzmán et al, (s.f) quienes evidenciaron en sus hallazgos de su estudio, mayor prevalencia en el nivel de depresión severa en los jóvenes consumidores.

Estos hallazgos, permiten visibilizar que el consumo de sustancias psicoactivas influye en la presencia de algún tipo de depresión. Desde la teoría y estudios investigativos, dan cuenta de la coexistencia de la relación de estos dos fenómenos. No obstante, en esta población es posible que sea una herramienta con la cual enfrentan las problemáticas del contexto penitenciario. De igual manera, se evidencia como estas dos variables tienen un grado de significancia clínica importante en la población de estudio, debido a la complejidad del tema y las implicaciones que tienen en la vida del sujeto y máxime cuando este es un individuo está encarcelado, el cual se ve expuesto desde su entorno a diversos eventos y situaciones que por sí mismas pueden ocasionar patologías físicas y psicológicas, las cuales repercuten en la vida del recluso nivel social, familiar, personal; aunque estadísticamente no es significativa esta relación.

## Conclusión

De acuerdo a los hallazgos encontrados a los objetivos trazados en el estudio.

- Los niveles de depresión según el BDI-II alcanzados fueron: para la depresión mínima de un 37% siendo la de mayor porcentaje, seguidamente la leve con un 26% mientras la depresión moderada puntuó en un 11,1% y la severa obtuvo un 26% en la población reclusa de la celda uno, de la cárcel del municipio de Támesis.
- Se identificó que, del total de la población, el 81% (22 internos) consume algún tipo de sustancia psicoactiva. Por lo tanto, el 19% (5 internos) de los reclusos manifiestan no consumir.
- Los reclusos que manifestaron consumir algún tipo de sustancia psicoactiva presentaron mayores niveles de depresión en comparación con los que refieren no consumir, siendo mayor el número de internos que consumen y a la vez poseen depresión severa, sin embargo no se puede establecer si la depresión es un factor de riesgo para el consumo de SPA o viceversa; eso debe comprobar en otros estudios para corroborar cual es una variable dependiente; pero sí se puede afirmar que ambas condiciones se correlacionan entre sí.

## Recomendaciones

En el contexto colombiano, se encuentran diversas investigaciones en la población reclusa en el ámbito de la psicología jurídica, pero se nota, carencia en investigaciones clínicas que den cuenta del estado mental de los reclusos, sus capacidades intelectuales, por lo tanto, esta investigación invita a que se realicen más investigaciones en Colombia en población reclusa por parte de universidades, fundaciones y ONGs.

También, se recomienda a próximas investigaciones que se examine la consecuencia en la salud mental por el encarcelamiento, Además que se haga un estudio longitudinal que permita conocer los cambios emocionales, comportamentales y de personalidad, con respecto a cómo ingresan y como salen los reclusos. Por otro lado, se hace necesario que desde la cárcel se fomente el proyecto de vida, que se propicie espacios donde pueda compartir con su familia, amigos y pareja de manera más frecuente.

Aunque, desde diversos estudios se ha estudiado la relación entre la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas en esta población se tiene un vacío teórico, se hace necesario indagar sobre estos temas, al mismo tiempo se sugiere que se realicen estudios sobre las estrategias de afrontamiento en población reclusa.

Los datos de esta investigación, permitió conocer que son más los que manifiestan consumir algún tipo de psicoactivas en comparación a los que no consumen, además que la población que consume presenta mayor prevalencia en la depresión moderada y severa, por lo tanto, se hace necesario implementar, programas de prevención y promoción para intervenir dicho fenómeno en los internos de la celda unos, desde programas de terapia ocupacional sobre proyecto y sentido de vida, de igual manera que se trabaje con los internos estrategias de

afrontamiento y programas de adaptación.



## Referencias

Anguita, M., & Sotomayor, A. (nov de 2011). ¿Confidencialidad, anonimato?: las otras promesas de la investigación. *Acta bioeth.*, 17(2).

Anónimo. (2012). *Consumo de drogas legales e ilegales*.

Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Estados Unidos: Arlington, Obtenido de [www.psych.org](http://www.psych.org)

Bandura, (1982) (como se citó en Ellis, A.; Mcinerney, R.; Digiuseppe, R.; Yearger, R. (1992). El problema del alcoholismo. En A. Ellis, R. Mcinerney, R. Digiuseppe, & R. Yearger, *Terapia racional -emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. (pp. 21-32). Bilbao: Desclée de Brower, S.A.

Barrionuevo, J. (2011). *Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia*. Buenos Aires.

Barrionuevo, J. (2015). *Adicciones; drogadicción y alcoholismo*.

Beck, A; Rush, J; Brian, S. & Gary, E. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19 ed.). (S. d. Pabón, Ed.) New York: Desclée de Brower, S.A.

Beck, A.; Wright, F D; Newman, F C.; Liese, B S. (1999). Modelos cognitivos de la adicción. En *Terapia cognitiva de las drogodependencias* (pp. 45-67). España, Madrid: Paidós, SAICF.

Bostwick, Kyte (2005) citado en Sampieri, R., & Collado, C. (2008). *Metodología de la investigación*. (cuarta ed.). México: McGraw-Hill.

Caballero, 1986; Clemente, 1997 en Ruz, J.I. (1999). Estrés en prisión y factores psicosociales. *Revista Colombiana de Psicología*.

Congreso de Colombia. (1986). Reglamento por el Decreto Nacional 3788 de 1986. ley 30. En C. V, *Artículo 38, B*.

Congreso de Colombia. (19 de agosto de 1993). Código Penitenciario y Carcelario. (Ley 65). Artículo 9.

Clemmer en Guadalupe, J. (2001). La construcción social de la realidad carcelaria: los alcances de la organización informal en cinco cárceles latinoamericanas (Perú, Chile, Argentina, Brasil y Bolivia). En J. L. Guadalupe, *Prisionización de los internos*. , Fondo Editorial PUCP, 2000. Obtenido de

<https://books.google.com.co/books?id=JzLJTxB3n&pg=PA354&lpg=PA354&dq=clemmer+prisionizaci%C3%B3n&source=bl&ots=j9LWA-vNGJ&sig=zjirmoX362xUkYhqQjaYLhjq44s&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiqx934o-PSAhWBfCYKHUHFCHoQ6AEINDAE#v=onepage&q=clemmer%20prisionizaci%C3>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013). *Informe de la evaluación del inventario BDI-II*. pp. 1-15. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Corte Constitucional, (Sentencia C-221 de 1994)

Crespo, F. & Bolaños, M. (junio de 2009). Código del preso: acerca de los efectos de la subcultura del prisionero. *Capítulo Criminológico*, 37(2). Obtenido de

[http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-95982009000200003](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-95982009000200003)

Crespo, F. (junio- septiembre de 2007). Construcción y validación de la escala para medir prisionización. Caso Venezuela. *Capitulo criminológico*, 35(3). Obtenido de

[http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-95982009000200003](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-95982009000200003)

Ellis, A.; Mcinerney, R.; Digiuseppe, R.; Yearger, R. (1992). Terapia racional- emotiva de la adicción. En A. Ellis, R. Mcinerney, R. Digiuseppe, & R. Yearger, *terapia racional- emotiva con alcohólicos y toxicómanos* (pp. 33-47). Bilbao: Desclée de Brower, S.A.

Escohotado (2008) (Como se citó en Gutiérrez, C. (2011). la investigación profesional sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas(spa) desde trabajo social: análisis de los trabajos de grado escritos de Bogotá (trabajo de grado). *Universidad de la Salle*.

Escohotado, A. (2008). *Aprendiendo de las drogas, uso, abusos, prejuicios y desafíos*.

Ferrer, A. (2008). Estudio de la mediación del sistema histaminérgico en el efecto producido por la amitriptilina sobre la evitación inhibitoria en ratones ( Disertación doctoral). (U. d. València, Ed.) *Universitat de València*.

Foucault, M. (1984). *Vigilar y castigar nacimiento de la prision*. Benito Juárez- Mexico, D.F: editorial romont, s.a.

Gállogo, F. C. (s.f). Drogas: conceptos generales, epidemiología y valores del consumo.

Gómez Rodríguez, D. T., Gutiérrez Herrera, M., & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina.*, 7(1).

Guambo, P. (2015). *La influencia de los niveles de depresión en el desarrollo de actitudes disfuncionales de las PPL del centro penitenciario de libertad de personas adultas femeninas Quito (CPLPFQ) (Trabajo de maestría)*. Ecuador, Quito: Universidad Central del Ecuador.

Guzmán R, López S, Alonso M, Arévalo. A, Corral Olaya. (s.f). Depresión y consumo de drogas ilegales en población juvenil marginal, comparación entre consumidores y no consumidores. *Revista científica de psicología*.

Hernández, H., Fernández, C. & Baptista., M. ((2010)). *Metodología de la investigación*. (quinta ed.). México.

ice, Dirección de comunicación. (s.f). *La Depresión* (28 ed.).Obtenido de:  
<https://grupoice.com/wps/wcm/connect/f81bb9aa-539c-4c62-aa07-2a7284d9ea2e/28.pdf?MOD=AJPERES>

Quinear, T., & James, T. (1998). *Metodología* (Vol. III).

la Caixa. (2006). *Diccionario de la Real Lenguae Española [RAE]* (Vigesimotercera ed.). Madrid: Trillas.

Larrotta Castillo, R., Rangel Noriega, K. J., Luzardo Briceño, M., Gómez Muñoz, N., y Redondo Pacheco, J. (5 de agosto de 2016). Consumo de sustancias psicoactivas antes y después del ingreso a prisión en catorce centros carcelarios de Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales.*, 8(1), 24-44. Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/22161201.1900>

Linage-Rivadeneira, M & Gómez-Maqueo, M.E, Asociación entre Consumo de Sustancias y Estrategias de Afrontamiento en Jóvenes. (2012) DOI: 10.5460/jbhsi.v4.1.32971

López, G. E. (junio de 2007). La representación social de las drogas en un grupo de varones en reclusión en dos centros penitenciarios mexicanos. *anales de psicología*, 23(1).  
 Obtenido de [www.um.es/analesps](http://www.um.es/analesps)

Martínez, C. (7 de diciembre de 2010). Depresión en hombres reclusos de la zona sur del estado de Veracruz (trabajo para acreditar la experiencia educativa Experiencia Recepcional). *Universidad Veracruzana*.

Medina, O.; Cardona, D. & Arcila, S. (agosto de 2011). Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigación ANDINA*, 23(13).  
 Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v13n23/v13n23a04.pdf>

Ministerio de justicia [MinJusticia]. (s.f). *Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Tamesis-Antioquia*. Obtenido de <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/InformesDeGestion/RendicionDeCuentas/RegionalNoroeste/tamesis.pdf>

Mojica, C; Sáenz, D.& Rey-Anacona, C. (11 de noviembre de 2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 38(4). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a09.pdf>.

Moreno, C. (s.f). Uso de sustancias psicoactivas por internos e internas en establecimientos de reclusión y estrategias de intervención. En J. & Ruiz, *Estado del Arte en Psicología: Aportes desde la Psicología Jurídica y Clínica al Contexto Penitenciario* (pp. 263-321).

Ojeda, W. (1997). Una Mirada Tras las Rejas.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). *Depresión*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *La depresión encabeza la lista de causas de enfermedad*. Obtenido de

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) para uso en la atención primaria*. Estados Unidos de

América: la Organización Panamericana de la Salud.

Programa ALFIL. (2000). *Grupos psicoeducativos para jóvenes con* (1 ed.). (e. a. Socidrogalcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Ed.) Barcelona: Anagrafic, S.A.

Ribas-Siñol, M; Prado-Sanche, N.; Claramunt-Mendoza, j.; Civit-Ramirez, M.; Canalias-Perez, O & Ochoa, S. (2015). Adolescentes multiproblemáticos: consumo de tóxicos y trastorno mental en jóvenes que delinquen. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(6). Obtenido de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/98/ESP/17-98-ESP-197-204-612567.pdf>

Rodriguez-Diaz, Paño, Herrero y Gonzales. (1997). Drogodependencia y delito en una muestra penitenciaria. *Psicothema.*, Vol. 9(nº 3). Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/129.pdf>

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

Ruiz, J. (s.f). Peligrosidad y reincidencia desde una perspectiva psicológica.

Sampieri, R.; Collado, C, & Lucio, P. (2008). *Metodología de la investigación*. (cuarta ed.). (Noé Islas López, & M. I. Martínez, Edits.) México: McGraw-Hill Interamericana.

Sánchez; Palermo y Rodríguez. (2011). Estudio comparativo de las hipótesis contemporáneas en el Psicoanálisis Lacaniano acerca de los aspectos subjetivos en la adicción, y sus referencias a la obra de Freud y Lacan (trabajo investigativo). *UNiversidad Nacional de Mar del Plata*.

Segovia, J. L. (1995). Consecuencias de la Prisionización. Obtenido de <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=1003>

Szerman, N.; Marín-Navarrete, R.; Fernández-Mondragón, J.; Roncero, C. (2015).

Patología dual en poblaciones especiales: una revisión narrativa. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones.*, 1(1), 50-67.

Tamarit, Sapena y García-Alberto, (1996) citados en Ruz, J.I. (s.f) Peligrosidad y reincidencia desde una perspectiva psicológica. *Universidad Nacional de Colombia*

Travis, Cincotta y Solomon (2005) en Moreno. (s.f). Apoyo social en familias de internos en establecimientos carcelarios.

Uribe, M. M. (2012). Validación para Colombia de la escala de Cruyff para tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas versión Universidad nacional de Colombia (Tesis de especialización). *Universidad Nacional de Colombia*.

Uribe-Rodríguez, A; Martínez-Rodríguez, J.& López-Romero, K. (Julio-diciembre de 2012). Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al “Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario” en Bucaramanga, Colombia. *Rev. Crin.*, 54(2), 47-60.

Valverde (1991) citado en Ruiz, J.I. (2007). *La experiencia del encarcelamiento: perspectiva psicosocial*.

Valverde, J (2009). Los efectos de la cárcel sobre el preso: consecuencias de internamiento penitenciario. *Univ. Complutense de Madrid. España*

## Anexos

### Cuestionario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventor)

En este cuestionario aparecen arios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe menos como se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Sí dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplica a su caso márquela también.

1.
  - a. No me siento triste.
  - b. Me siento triste.
  - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
  - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
  
2.
  - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
  - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - c. Siento que no tengo nada que esperar.
  - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
  
3.
  - a. No creo que sea un fracaso.
  - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
  
4.
  - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
  - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
  - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
  
5.
  - a. No me siento especialmente culpable.
  - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.



- c. Me siento culpable casi siempre.
  - d. Me siento culpable siempre.
- 6.
- a. No creo que este siendo castigado.
  - b. Creo que puedo ser castigado.
  - c. Espero ser castigado.
  - d. Creo que estoy siendo castigado.
- 7.
- a. No me siento decepcionado de mí mismo.
  - b. Me he decepcionado a mí mismo.
  - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d. Me odio.
- 8.
- a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9.
- a. No pienso en matarme.
  - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
  - c. Me gustaría matarme.
  - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
- a. No lloro más de lo de costumbre.
  - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
  - c. Ahora lloro todo el tiempo.
  - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.
- 11.
- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
  - b. Las cosas me irritan más que de costumbre
  - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
  - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- a. No he perdido el interés por otras cosas.
  - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
  - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
  - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- a. Tomo decisiones casi siempre.
  - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.

- c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.  
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.  
d. Creo que me veo feo.
- 15.
- a. Puedo trabajar tan bien como antes.  
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- a. Puedo dormir tan bien como antes.  
b. No puedo dormir tan bien como solía.  
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- a. No me canso más que de costumbre.  
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.  
c. Me canso sin hacer nada.  
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.  
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.  
d. Ya no tengo apetito.
- 19.
- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
b. He rebajado más de dos kilos y medio.  
c. He rebajado más de cinco kilos.  
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20.
- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.  
c. Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.  
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
 b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.  
 c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  
 d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Encuestadora: Leidy Vanessa Ruiz, Muchas gracias.

### **Interpretación:**

Para realizar dicha interpretación, se realiza un conteo de las respuestas las cuales van de 0 a 3, obteniendo puntajes 0 hasta 63 puntos como máximos.

**Tabla 1:** Interpretación test de BDI-II.

<b>Prueba psicométrica</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Puntaje</b>
<b>Niveles de Depresión</b> <b>Nombre:</b> Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)	Mínima	0-13
	Leve	14-19
	Moderado	20-28
	Grave	29-63

### **Consentimiento informado para participantes de investigación.<sup>2</sup>**

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario de depresión de Beck y el cuestionario Reo, serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas, por lo tanto, no será necesario que escribieran sus nombres en las pruebas. Una vez transcritas las encuestas y cuestionarios el material

<sup>2</sup> Este consentimiento se realizó de manera grupal

físico se destruirá.

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 encuesta y cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Dado a conocer completamente la investigación me comprometo a

participar en la investigación realizada en el establecimiento penitenciario de Mediana seguridad y carcelaria del municipio de Támesis.

Desde ya le agradecemos su participación y atención

### **Aceptación de la participación**

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas o económicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente, además conozco el propósito de dicho estudio y que al participar no recibiré nada cambio.

Nombre	Cédula



### **Cuestionario Reo.**

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una serie de preguntas, lea cuidadosamente cada una de ellas y responda de manera sincera, seleccione la opción que más se adecue a usted, tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

1) Edad:

- A) menores de 20 años de edad
- B) 21 a 31 años de edad
- C) 32 a 42 años de edad
- D) 43 años a mas años de edad

2) Estado civil antes del ingreso a la cárcel de Támara.

- A) Casado
- B) Soltero
- C) Unión libre
- D) Viudo

3) Estado civil, después del ingreso a la cárcel de Támesis.

- a) Igual estado, con el que ingreso a la cárcel de Támesis.
- b) Distinto estado, con el que ingreso a la cárcel de Támesis.

4. Nivel de escolaridad:

- A) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- D) Profesionista

6. Tiempo que tiene en la cárcel de Támesis

- A. menos de 5 meses
- B. más de 5 meses

7. frecuencia de visitas por la pareja

- a) para nada en el último mes
- b) una vez en el mes de febrero y lo que lleva de marzo
- c) una vez a la semana
- d) cuatro veces en el mes

8. frecuencia de visitas de por algún miembro de la familia (mama, papa, hermanos, tíos, primos etc.)

- a) para nada en el último mes
- b) una vez en el mes de febrero y lo que lleva de marzo

- c) una vez a la semana
- d) cuatro veces en el mes

9. frecuencia de visitas de amigos o amigas

- A) para nada en el último mes
- B) una vez en el mes de febrero y lo que lleva de marzo
- C) una vez a la semana
- D) cuatro veces en el mes

10) frecuencia de visitas de hijos

- A) para nada en el último mes
- B) una vez en el mes de febrero y lo que lleva de marzo
- C) una vez a la semana
- D) cuatro veces en el mes
- E) no pueden por la edad

11) Participa en un taller dentro del penal

- A) Si
- B) No

---

12) Primera vez que está en una cárcel:

- A) si
- B) No

13) Consume algún tipo de sustancias psicoactivas dentro de la cárcel de Támesis, como: tabaco,

cigarrillos habanos, Tabaco, bebidas alcohólicas, marihuana, hachís, cannabis, éxtasis, crack, cocaína, heroína, LSD, o drogas recetas por el médico como: tranquilizantes, pastillas para dormir o medicamento para el dolor.

A) Si

B) No

14). Ha tenido permiso para salir de la cárcel este año.

A) Si

B) No



## Hoja de respuesta

Seleccione la respuesta que más se adecue a usted, para ello marque en su hoja de respuesta con una x, observe el siguiente ejemplo

PREGUNTA 1					
PREGUNTA 2					

Recuerde responder de manera sincera y la información suministrada será confidencial.

Pregunta 1	A	B	C	D	E	F
Pregunta 2						
Pregunta 3						
Pregunta 4						
Pregunta 5						
Pregunta 6						
Pregunta 7						
Pregunta 8						
Pregunta 9						
Pregunta 10						

Pregunta 11						
Pregunta 12						
Pregunta 13						
Pregunta 14						

**Tabla 2:** Tipos de variables en dicho estudio.

Categoría	Cualitativa o cuantitativa	Bioestadística
Edad	Cualitativa	Intervalos
nivel educativo	Cualitativa	Ordinal
estado civil previo al ingreso y después y participa en talleres en la cárcel	Cualitativa	Nominal
Niveles de depresión	Cualitativa	Nominal
Consumo de sustancias	Cualitativa	Nominal

Bello, 5 de abril de 2017

Señor

Johan David López Sánchez  
Director  
Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Tamesis - Antioquia  
L. C

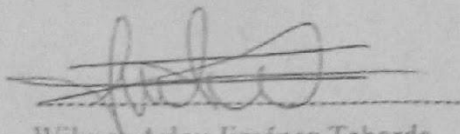
Cordial saludo,

Por medio del presente, le solicito autorización para que la estudiante del Programa de Psicología de UNIMINUTO-BELLO, Leidy Vanessa Ruiz ID 000239487 de 8° semestre, aplique dos instrumentos psicométricos con el fin de la recolectar datos para el trabajo investigativo denominado: "Relación entre consumo de sustancias psicoactivas y depresión en reclusos del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Tamesis".

Cabe aclarar que el material recolectado es únicamente para fines académicos y que en el proceso de recolección se respetará la autonomía y voluntad de los reclusos, además de que en la aplicación de los instrumentos de evaluación se guardarán los preceptos éticos que rigen la formación y la labor psicológica.

Esperando contar con su valioso apoyo me despido de usted

Cordialmente,



Wilma Arley Jiménez Taborda  
Director Programa Psicología  
Corporación Universitaria UNIMINUTO  
wjimenez@uniminuto.edu

*Autorizado  
Johan Lopez S.*



Anderson Iván Morales Duarte  
Docente Programa Psicología  
Corporación Universitaria UNIMINUTO  
amoralesdu1@uniminuto.edu.co