

El uso de terapias no farmacológicas en el manejo de la sintomatología depresiva de mujeres reclusas

Frank Pulido-Criollo

Universidad del Papaloapan

fpulido@unpa.edu.mx

Juan Francisco Rodríguez-Landa

Universidad Veracruzana

juarodriguez@uv.mx

Resumen

A nivel mundial, se ha reportado que en la población penitenciaria prevalece un alto índice de trastornos mentales como esquizofrenia, ansiedad y depresión; donde se ha identificado un marcado dimorfismo sexual, es más frecuente en mujeres que en hombres. Al parecer estas diferencias se deben a factores biológicos, psicológicos y socioculturales que hacen a la mujer más vulnerable para el desarrollo de la depresiva. Estudios previos señalan que el estrés psicosocial durante el proceso del encarcelamiento, la modificación de sus roles como mujer, madre y esposa, la inequidad en los programas de readaptación y un bajo soporte social facilitan y agudizan algunos trastornos mentales, como la depresión. El uso de fármacos es la primera elección para el tratamiento de la depresión, pero diversos factores propios del contexto carcelario dificultan su uso. Por esta razón, se han desarrollado estrategias no farmacológicas con la finalidad de reducir la sintomatología depresiva, donde algunas de ellas han dado resultados alentadores. En el presente se presentan datos acerca de terapias no farmacológicas (terapia ocupacional) efectivas para reducir la sintomatología depresiva en la mujer reclusa. Se concluye que la reactivación de la interacción social mediante la terapia ocupacional grupal, el apoyo psicológico puede ser de utilidad para reducir la sintomatología depresiva en las mujeres reclusas.

Palabras clave: Depresión, Salud Mental, Terapia Ocupacional, Cárcel, mujeres en prisión.

Introducción

La depresión es un trastorno del estado de ánimo identificado desde la antigüedad por diversas culturas alrededor del mundo, incluyendo los grupos sociales que poblaron el altiplano mexicano en la época precolombina (Ongur et al., 1998; Stassen et al., 2007). En aquellas épocas la etiología del trastorno tuvo matices mágico-religiosos, para lo cual existieron tratamientos que en la actualidad distan de ser efectivos y, en otros casos, algunos de ellos han sido confirmados. Hoy en día, la depresión es considerada una enfermedad psiquiátrica y está clasificada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales como un trastorno del estado de ánimo (American Psychiatric Association, 2000). Su prevalencia e incidencia es alta, se calcula que alrededor de un 25 % de la población mundial ha experimentado en su vida algún episodio depresivo. Además, la depresión tiene un marcado dimorfismo sexual, es más frecuente en mujeres que en hombres y se estima que ocurre en el 10 al 25% de las mujeres y del 5 y 12% en los hombres (Uriel-Bonilla, 2009).

La morbilidad y la mortalidad asociada con la depresión son considerables y cada día van en aumento. Actualmente la depresión ocupa el cuarto lugar entre las causas mayores de incapacidad en el mundo, colocándose por debajo de las infecciones respiratorias, condiciones perinatales y VIH/SIDA (WHO, 200). Se considera que el 17 % de la población sufrirá de depresión durante algún periodo de su vida y que las personas que sufren algún tipo de enfermedad crónica son más vulnerables a padecerla, con una incidencia del 30 al 50 % (Uriel-Bonilla, 2009). Para el año 2020, se estima que la

depresión unipolar mayor se clasificará como la segunda causa de incapacidad a nivel mundial.

La anhedonia, incapacidad para experimentar placer, es el síntoma central de la depresión, pero también existen cambios del estado de ánimo en los que concurren episodios de irritabilidad, ansiedad y miedo (Rodríguez-Landa et al., 2012). Además, también se detecta la presencia de alteraciones del apetito, del peso corporal, del sueño y de la eficiencia psicomotriz; lo cual se acompaña de la disminución de la autoestima, sentimientos de culpa e ideación de muerte que conllevan el riesgo de suicidio.

A pesar de los avances logrados en el entendimiento de la depresión, mediante estudios en animales de experimentación y en el propio ser humano, sólo se ha logrado una comprensión parcial de la base anatomofuncional y neurobiológica de este trastorno. A pesar de ello, se han obtenido grandes avances en el desarrollo de tratamientos antidepresivos eficaces clínicamente para los cuales se han identificado una gran parte de sus acciones sobre diversos sistemas neuroanatómicos, bioquímicos, neuroendocrinos y fisiológicos (Contreras et al., 2003). Con estos hallazgos se han propuesto varias hipótesis acerca de la fisiopatología de la depresión y de las acciones de las terapias antidepresivas, permitiendo el desarrollo de nuevos fármacos para el tratamiento de este trastorno.

No obstante, también se ha detectado que diversos factores socio-demográficos, culturales y ambientales, influyen en la etiología de la depresión. Así, un bajo estatus económico, educativo y un escaso soporte social son predisponentes para padecer algún trastorno afectivo. Del mismo modo el deterioro ecológico, la contaminación acústica y visual predisponen al padecimiento de la depresión. Particularmente, en las prisiones se ha identificado que el ambiente hostil del área de encarcelamiento, el deterioro de las relaciones sociales y el abandono por parte de familiares y amigo contribuye a la vulnerabilidad de desarrollar algún cuadro depresivo.

La depresión como problema de salud pública

La depresión es un problema de salud pública porque incapacita a los individuos (Wagner, 2012), es una discapacidad social en el ejercicio de las tareas personales cotidianas y de toma de decisiones. La segunda razón es la asociación entre la depresión con enfermedades físicas o emocionales. Wagner (2012) menciona que la depresión se encuentra relacionado con enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutrición, Parkinson, síndrome del intestino irritable, trastorno de ansiedad y complicaciones en el tratamiento del cáncer, entre otras.

Una tercera razón para considerar a la depresión como un problema de salud pública es la asociación que tiene con otros problemas de salud como son la adicción a drogas, la ideación suicida y la violencia particularmente en jóvenes. En nuestro país las adicciones ocasionales o crónicas como son al alcohol y al tabaco afectan principalmente a los jóvenes (González-González, 2012), lo cual en muchas de las veces está asociado al trastorno afectivo. Los costos sociales de los trastornos mentales deben basarse en indicadores distintos a los de otras enfermedades como son la discapacidad del individuo y el deterioro propio de la edad, el sexo y el entorno social (Lara-Muñoz, 2007).

Prevalencia de la depresión a nivel mundial

Desde hace algunos años, se ha propuesto que más del 20 % de la población mundial padece algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico, y la prevalencia de depresión, es de 5.8 % en hombres y de 9.5% en mujeres (Belló, 2005). Las proyecciones de la depresión para el año 2020 señalan que este trastorno se convertirá en la segunda enfermedad de incidencia en el mundo, después de las enfermedades coronarias. Las enfermedades mentales contribuyen con más del 10 % de los años perdidos de vida saludable y por arriba del 30% de los años vividos con discapacidad (Lara-Muñoz, 2010b).

Wagner (2012) reportó que el 9.2 % de la población general ha padecido al menos un episodio de depresión en su vida, además una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años de edad, los más jóvenes presentan altas tasas de depresión. Las tasas más bajas se observan en países de ingresos económicos bajos y medios como la India, México, China y Sudáfrica, con respecto a países con ingreso alto como Francia, Holanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos. La Organización Mundial de la Salud hizo un estudio comparativo entre países encontrando que las tasas de trastornos depresivos en mujeres son dos veces mayores que la de los hombres, la asociación entre depresión, sexo e ingreso no varía entre países.

Prevalencia de depresión en México y sus costos sociales

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en el 2002, señala que los trastornos afectivos como la depresión ocupan el tercer lugar en frecuencia en ciudadanos mexicanos, después de los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancia de abuso. En el estudio de Frek y colaboradores citado por Belló (2005) estimaron que los trastornos psiquiátricos ocupan el quinto lugar en México como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. También, señala que cuatro de cada diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas como esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y el alcoholismo. La prevalencia de depresión en adultos en el 2001 difiere entre sexo, grupos de edad, y en el caso de los hombres lugar de residencia. Las cifras más elevadas en México corresponden a Jalisco (5%), Veracruz (4.6%) y Tabasco (4.5%), en el caso de las mujeres las entidades con más altos puntajes de depresión fueron Hidalgo (9.9%), Jalisco (8.2 %) y Estado de México (8.1%). Medina-Mora (2003) en la ENEP reporta una alta prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico al menos presentado alguna vez en la vida en hombres (30.4 %) en comparación con las mujeres (27.1 %). No obstante, la prevalencia global se invierte para cualquier trastorno en los últimos doce meses. Los tres principales trastornos

identificados en la mujer fueron las fobias específicas y sociales, y depresión mayor; en los hombres fueron la dependencia al alcohol, los trastornos de la conducta y el abuso de alcohol.

Lara-Muñoz (2007) menciona, citando la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) que en México el efecto de los trastornos de ánimo y ansiedad es mayor que los efectos de algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Algunos efectos sociales son: días perdidos en el trabajo por padecer depresión, la búsqueda del soporte social y la comorbilidad con el abuso de drogas y alcohol. En estudios como el Global Burden of Disease Study los trastornos mentales fueron identificados como productores de discapacidad, la depresión fue considerada la mayor causa de discapacidad, el cual fue calculado por la suma de años perdidos debido a una muerte prematura y a los años de discapacidad.

Fouilloux-Morales (2013) menciona que la depresión puede dar como resultado el abandono de los estudios, lo cual puede estar relacionado con el incremento de estudiantes que han sido dados de bajas debido a su bajo rendimiento o a sus indecisiones vocacionales. Por otro lado, el costo económico de la depresión se refiere a la dependencia financiera de los sujetos: dinero pagado por la duración de la enfermedad y el tiempo del desempleo. En nuestro país existen pocos estudios del impacto económico que tienen los trastornos mentales, casi nulos en el costo de intervenciones diagnósticas o terapéuticas, lo que se ha evaluado son los costos de atención en pacientes con algún trastorno psiquiátrico, donde los pacientes que requerían atención psiquiátrica especializada tuvieron mayor número de consultas médicas, exámenes de laboratorio, estudios de gabinete, días de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y cantidad de medicamentos administrados, que los pacientes que no requerían atención psiquiátrica. En la encuesta de Salud Mental se determinó que en México las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año, perdieron 27 días laborables, si el trastorno fue grave y 7 días en promedio si fue moderada (Wagner, 2012) .

Una pequeña proporción de la población mexicana recurre a servicios de salud por problemas de depresión, lo cual antecede a la búsqueda de amigos o familiares como solución a los padecimientos de depresión. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la cifra de mujeres mayores de 18 años con eventos depresivos en el último año fue alta en México, donde solamente el 27.2 % había sido diagnosticada como depresiva por un médico y el 7.9% había tomado medicamento antidepresivos en las últimas dos semanas. En ese mismo estudio se encontró que el antecedente diagnóstico difiere con el tipo de aseguramiento; el 37.4 % de las mujeres aseguradas fueron diagnosticadas contra el 21 % de las no aseguradas; ese mismo porcentaje difiere con el área rural (17 %) y metropolitano (31.7%).

La depresión en las mujeres reclusas

A pesar de que los estudios sobre depresión en mujeres encarceladas son menores que en los hombres, se sabe que ellas presentan una mayor incidencia de depresión que en la población general (Jacobs, 2003). Sin embargo, el manejo de la depresión en la población reclusa es complicado por el uso de sustancias de abuso, problemas de salud y desórdenes de la personalidad que se presentan con alta frecuencia; además del estrés psicosocial (Gunter, 2004).

El estrés psicosocial afecta más a las mujeres que a los hombres en prisión. Dentro de este aspecto, el papel que juega la mujer en la familia y el cuidado de los hijos son los factores que más estrés generan en la mujer al ingresar a la prisión. En particular, las mujeres prisioneras que tienen a su cargo el cuidado de los hijos dentro de la prisión o cuando son separadas de ellos durante su reclusión, presentan altos índices de depresión en comparación con mujeres solteras reclusas que no tienen hijos. Asimismo, las características propias del entorno carcelario predisponen a padecer alteraciones psiquiátricas, entre ellas, la ansiedad y la depresión.

Dentro de los penales las relaciones interpersonales son escasas o nulas, de tal manera que los lazos amistosos entre las reclusas se ven limitados por diversos factores, entre ellos la homofobia, que lleva a la mujer a un estado de aislamiento social y a una mala integración dentro del penal. Aunado a estos factores, las infracciones cometidas por las mujeres reclusas son sancionadas con mayor severidad que en los hombres, esta inequidad en el proceso de readaptación es también un fuerte generador de estrés que se relaciona con altos índices de depresión. Todos estos datos en su conjunto muestran que los factores del entorno social carcelario proveen una mala calidad de vida de las reclusas, además de producir conductas antisociales que dificultan su tratamiento y reintegración social (Houck y Booker-Loper, 2002).

A pesar de que en nuestro país existe un alto porcentaje de mujeres en prisión (INEGI, 2005), no existen estudios en cuanto a la prevalencia de depresión, la cual probablemente sea alta considerando el reporte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2004), donde se indica que tanto para hombres como para mujeres no existen los espacios adecuados para llevar a cabo la reintegración social, debido a que se han detectado violación de los derechos humanos de los presos.

Los datos señalados anteriormente ponen en evidencia la necesidad de realizar investigaciones encaminadas a identificar los factores biológicos y sociales que predisponen a padecer algún tipo de depresión en las mujeres reclusas, con la finalidad de desarrollar propuestas que faciliten su reintegración a la sociedad. Cabe señalar, que los escasos estudios respecto a la depresión en mujeres reclusas se han realizado en Estados Unidos de Norteamérica y algunos países Europeos. Sin embargo, en nuestro país este tipo de estudios son escasos o nulos, por lo que se desconoce la prevalencia de enfermedades psiquiátricas; así como los factores sociales y del entorno carcelario que pudieran predisponer algún tipo de depresión.

En un estudio previo de nuestro grupo de trabajo, se encontró que las mujeres reclusas que tienen un mayor puntaje de depresión en la escala de depresión de Hamilton, son aquellas que tienen un escaso soporte social, es decir, aquellas mujeres que

tienen un número limitado de visitas por parte de familiares o amigos. Mientras que aquellas mujeres que tienen un adecuado soporte social, basado en las visitas de amigos y familiares, el puntaje en la escala de depresión es menor (Pulido-Criollo et al., 2009). Lo anterior señala, que el desarrollo de la depresión en la población carcelaria no es sólo de origen biológico, sino también es influenciado por el entorno social que suele ser de alta hostilidad.

Tratamiento de la depresión: farmacológico versus no farmacológico

El tratamiento de la depresión incluye el uso de diversos grupos de fármacos que restablecen la función cerebral. Entre ellos se encuentran los antidepresivos tricíclicos como la clorimipramina y la imipramina; los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como la fluoxetina y la paroxetina; algunos agonistas serotoninérgicos como la bupirona; además del uso de fitomedicamentos y algunas hormonas y neuroesteroides en casos particulares de depresión (Rodríguez-Landa et al., 2012). Todas estas terapias tienen como finalidad restablecer la neurotransmisión serotoninérgica, dopaminérgica y noradrenérgica, entre otros; que a largo plazo producen cambios en la citoarquitectura cerebral, lo cual se relaciona con su efecto terapéutico. Aunque estas terapias son eficaces en el control de la depresión, en muchos casos ejercen efectos indeseables severos que limitan su uso prolongado, aunado a los altos costos que representa la terapia farmacológica. Es por ello que en casos particulares de depresión se ha tratado de desarrollar terapias no farmacológicas que ayuden a reducir la sintomatología a bajo costo.

En este sentido el uso de la terapia ocupacional en la población reclusa, ha dado resultados alentadores en el tratamiento de casos particulares de depresión. En esos casos se ha usado la reactivación del soporte social, la terapia ocupacional, el deporte, técnicas de relajación, la musicoterapia y el arte, todo ello encaminado a reducir la sintomatología depresiva en la población reclusa (Yagüe-Olmos, 2007).

En un estudio de nuestro grupo de trabajo (Pulido-Criollo y Rodríguez-Landa, 2006) realizado en dos prisiones del estado de Veracruz, se detectó una población de mujeres prisioneras, de las cuales se incluyeron 52 en el estudio. A estas mujeres se les aplicó la escala de Zung antes y después de un taller de alfarería. Este taller consistió de ocho sesiones (una cada semana) en las cuales las mujeres realizaban figuras de barro de todo tipo, las que ellas seleccionaran. Durante todos los días de la semana las mujeres participantes en el taller, tenían que compartir sus experiencias acerca de las figuras realizadas y si serían realizadas para alguna persona en particular. También durante ese tiempo tenían que decorarlas y pintarlas a su gusto. En este estudio, se aplicó una medición basal (antes de iniciar el taller) y una evaluación al finalizar el taller. El análisis global de los puntajes de depresión de las reclusas obtenidos mediante la Escala de Zung, indicó que los valores basales fueron de 50.2 ± 2.3 puntos, que corresponden a una depresión moderada. Mientras que los puntajes tomados al finalizar el taller de alfarería disminuyeron significativamente (28.7 ± 1.1 puntos) a valores de depresión leve. Interesantemente las mujeres que no participaron en el taller y a las cuales se les aplicó la escala ocho semanas después del basal (51.3 ± 0.9), siguieron con puntajes correspondientes a depresión moderada (51.6 ± 1.7). Lo anterior señala que la reactivación de las redes sociales dentro del penal, en este caso mediante la realización de un taller de alfarería, tuvo la capacidad de reducir la sintomatología depresiva. Basado en lo anterior, se concluye que es recomendable, que se fomenten este tipo de estudios para evaluar la efectividad de los programas de terapia ocupacional como una alternativa para mejorar la salud mental en la mujer reclusa.

Bibliografía

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Autor.

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E., y Lozano, R. (2005). Prevalencia y Diagnóstico de Depresión en Población Adulta en México. *Salud Pública de México*, 47,4-11.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2004). *Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre la situación de los Derechos Humanos en los centros de reclusión de la República Mexicana, dependientes de gobiernos locales y municipales*. Recuperado el 12 de septiembre del 2004, de http://www.cndh.org.mx/Principal/document/inf_espec/Informe_Especial-prisiones.pdf

Contreras C.M., Saavedra M., Rodríguez-Landa J.F., Bernal-Morales B. y Gutiérrez-García A.G. (2002). Neuroquímica de la emoción y la motivación. En Hernández-González, M. (Ed.), *Motivación Animal y Humana* (pp. 39-64). México: El Manual Moderno.

Fouilloux Morales C., Barragan Perez V., Ortiz Leon S., Jaimes Medrano A., Urrutia Aguilar, M.E., y Guevara-Guzman, R., (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud Mental*, 36,59-65.

González-González, A., Juárez García, F., Solís Torres, C., González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A., Medina-Mora, M. E., y Fernández-Varela Mejía H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*: 35, 51-55.

Gunter, T.D., (2004). Incarcerated woman and depression: a primer for the primary care provider. *J.Am Med Womens Assoc.*, 59, 107-112.

Houck, K., y Booker-Loper, A. (2002). *The relationship of parenting stress to adjustment among mothers in prison. Am J Orthopsychit*, 72,548-558.

Instituto Nacional de Estadística de Geografía e Informática (2005). *Mujeres y hombres en México. México: Autor.*

Jacobs, A.L. (2003, 8 de agosto). Women in prison. *The New York Times*, p. A16.

Lara Muñoz M. C., Medina-Mora M. E., Borges, G., y Zambrano J. (2007). Social Cost of Mental Disorders: Disability and Work days lost. Results from the Mexican survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30, 5-11.

Lara-Muñoz, M.C., Robles-García, R., Ricardo Orozco, R., Real,T., Chisholm, D., y Medina-Mora, M.E. (2010b). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*, 33,301-308.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C, Blanco Jaimes, J, Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Guiot, E. Zambrano Ruíz, J. Casanova Rodas, L., y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.

Ongur, D., Drevets, W.C., y Price, J.L. (1998). Glial reduction in the subgenual prefrontal cortex in mood disorders. *Proc Natl Acad Sci*, 95, 22, 13290-5.

Pulido-Criollo F., Rodríguez-Landa J.F. y Colorado-Martínez M.P. (2009). Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres reclusas en dos prisiones de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26,3, 209-215.

Pulido-Criollo F., y Rodríguez-Landa J.F. (2006). Impacto de un taller de alfarería sobre la depresión de mujeres reclusas: Escala de depresión de Zung. En Sociedad Interamericana de Psicología (Ed), *Libro conmemorativo del II Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología* (pp.101-110). La Habana: Autor.

Rodríguez-Landa, J.F., Bernal-Morales, B., y Gutiérrez-García, A.G. (2012). Estrés, miedo, ansiedad y depresión. En Coria-Ávila GA (Ed). *Neurofisiología de la conducta*. Xalapa: Universidad Veracruzana, 136-165.

Stassen, H.H., Angst, J. y Delini-Stula, A. (1997) *Delayed onset of action of antidepressant drugs? Survey of recent results. Eur Psychiatry*,12, 4, 166-76.

Uriarte-Bonilla, V. (2009). *Psicofarmacología*. México: Trillas.

Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. y Gallo, J.J. (2012) Enfocando la Depresión como problema de Salud Pública en México. *Salud Mental*, 35:3-11

World Health Organization (2001). *Mental health, new understanding, new hope*, Génova: Autor.

Yagüe-Olmos, C., (2007). Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 5,1696-9219.