

Tamizaje de Salud Mental de Personas Privadas de la Libertad, analizada por medio del Brief Jail Mental Health Screening (BJMHS) en tres establecimientos colombianos

Mental Health Screening of People Deprived of Liberty, Analyzed Through the Brief Jail Mental Health Screening (BJMHS) in Three Colombian Establishments

Triagem de Saúde Mental de Pessoas Privadas de Liberdade, analisada através do Brief Jail Mental Health Screening (BJMHS) em três estabelecimentos colombianos

Miguel Álvarez-Correa Guyader-Cohen, Antr., JD., Psic., Sp., MSc.¹ , Guillermo Cadena-Mantilla, MD., DLFAPA.² , Edgar Antonio Ibáñez-Pinilla, Engr., Sp., MSc., PhD.³ 

1. Antropólogo, Abogado, Psicólogo. Especialista en Derecho de Menores. Magister en Psicología. Coordinador del Proyecto Libertad, de la Procuraduría Delegada para el Ministerio Público en Asuntos Penales. Procuraduría General de la Nación. Colombia.
2. Médico, Universidad Nacional de Colombia. Residencia en Psiquiatría Illinois State Psychiatric Institute. Chicago, Illinois, USA. Certificado por el Board de Psiquiatría APA. Distinguished Life Fellow APA. Fellowship Psiquiatría Forense, University of Florida. Gainesville, USA. Profesor Benemérito Universidad El Bosque. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
3. Ingeniero, Especialista en Estadística, Especialista en Docencia Universitaria, Magister en Epidemiología Clínica, Doctor en Estudios Políticos. Docente Facultad de Medicina, Universidad El Bosque. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Correspondencia. Miguel Álvarez-Correa Guyader-Cohen; **Email.** c.miguel.a@gmail.com. Guillermo Cadena Mantilla. **Email.** cadenguillermo23@gmail.com

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 21 de febrero de 2022
Artículo aceptado: 13 de septiembre de 2023
DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4391>

Cómo citar. Álvarez-Correa G-C. M, Cadena-Mantilla G, Ibáñez-Pinilla E. Tamizaje de Salud Mental de Personas Privadas de la Libertad, analizada por medio del Brief Jail Mental Health Screening (BJMHS) en tres establecimientos colombianos. MedUNAB [Internet]. 2023;26(2):152-165. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4391>



VIGILADA MINEDUCACIÓN

RESUMEN

Introducción. Las personas privadas de la libertad, por su misma condición y características, padecen mayores alteraciones en su salud que la población general, en particular con relación a los trastornos de la personalidad, consumo de sustancias psicoactivas, y tendencias suicidas. El sistema carcelario es conocedor de estos riesgos y universalmente se han desarrollado múltiples abordajes del tema, como lo demuestra la abundante literatura, para su detección temprana. **Objetivo.** Establecer la prevalencia de la salud mental y asociaciones de los factores de nivel educativo, edad, sexo, de la situación jurídica de las personas privadas de la libertad, a

Contribución de los Autores

MACG:
inició el estudio y fue responsable de su diseño general.

GCM: *es experto en su respectivo campo, apoyó en la escogencia del instrumento y en la revisión del arte.*

MACG y GCM:
discutieron críticamente el diseño del documento.

MACG:
se encargó de la recogida de datos.

MACG y GCM:
implementaron el análisis de datos;

EAIP:
realizó el estudio estadístico y probabilístico.

MACG y GCM:
implementaron la redacción del manuscrito.

través del instrumento de tamizaje, *Brief Jail Mental Health Screening (BJMHS)* (Breve Evaluación de Salud Mental en la Cárcel), a una muestra de personas privadas de la libertad a su ingreso en tres centros carcelarios colombianos. **Metodología.** Estudio observacional de corte transversal en una población de tres cárceles de Colombia de los años 2019 y 2020, dos cárceles para varones, y una para mujeres. La muestra final validada, fue de 417 personas, 22.3% a mujeres y 77.7% a hombres, para el tamizaje en salud mental, aplicada al ingreso a los establecimientos carcelarios. **Resultados.** La prevalencia global de trastornos mentales fue de 46.0% con un Intervalo de Confianza de 95% (41.3% a 50.8%), para la cárcel Buen Pastor fue de 46.2% con un Intervalo de Confianza 95% (35.9% a 56.6%), para la cárcel Modelo 51.5% con un Intervalo de Confianza 95% (43.0% a 60.0%), y para la cárcel Picota con un 42.0% con un Intervalo de Confianza 95% (34.9% a 49.1%). Se encontró una mayor afectación en salud mental en personas sindicadas o condenadas por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, contra la seguridad pública, y contra la familia. **Discusión.** Dadas las singulares condiciones de la población carcelaria y la universalidad de afectaciones mentales, es indispensable una detección temprana de su nivel funcional y de su grado de afectación. **Conclusión.** Se encontró una prevalencia de trastornos mentales en las cárceles de Colombia, de una magnitud consistente con similares poblaciones reportadas en la literatura universal, arrojando mayor relevancia en hombres que en mujeres.

Palabras clave:

Salud Mental; Tamizaje Masivo; Prisioneros; Pruebas de Estado Mental y Demencia; Vigilancia en Salud Pública; Asistencia Social en Psiquiatría

ABSTRACT

Introduction. People deprived of liberty, due to their condition and characteristics, suffer greater changes in their health than the general population, particularly in relation to personality disorders, consumption of psychoactive substances, and suicidal tendencies. The prison system is aware of these risks, and universally, multiple approaches to the subject have been developed, as evidenced by the abundant literature, for its early detection. **Objective.** Apply the screening instrument, the *Brief Jail Mental Health Screening (BJMHS)* test, to a sample of people deprived of liberty upon admission to three Colombian prisons, to establish the prevalence of mental health in these institutions. **Methodology.** The type of study was cross-sectional in a population of incarcerated individuals in three institutions, two Colombian prisons for men, and one for women, between 2019 and 2020. The final validated sample was 417 people, 22.3% women and 77.7% men, for mental health screening, applied to the admission of the population deprived of liberty in prisons. **Results.** The global prevalence of mental health was 46.0% with a 95% Confidence interval (41.3% to 50.8%) for the Buen Pastor prison; 46.2% with a 95% Confidence interval (35.9% to 56.6%), for the Modelo prison 51.5% with a 95% Confidence interval (43.0% to 60.0%); and for the Picota prison with 42.0% with a 95% Confidence interval (34.9% to 49.1%). A greater impact on mental health was found in people accused or convicted of crimes against sexual freedom, integrity and training, against public safety, and against the family. **Discussion.** Given the unique conditions of the prison population and the universality of mental disorders, early detection of their functional level and degree of impairment is indispensable. **Conclusion.** The prevalence of mental health found in Colombian prisons has a similar magnitude to the same populations in various parts of the world, showing greater reliability in men than in women.

Keywords:

Mental Health; Prisoners; Mass Screening; Mental Status and Dementia Tests; Public Health Surveillance; Social Work, Psychiatric

RESUMO

Introdução. Pessoas privadas de liberdade, pela mesma condição e características, sofrem maiores alterações em sua saúde do que a população em geral, principalmente em relação a transtornos de personalidade, consumo de substâncias psicoativas e tendências suicidas. O sistema penitenciário está ciente desses riscos e foram desenvolvidas, universalmente, múltiplas abordagens para a questão, como demonstrado pela abundante literatura, para detecção precoce. **Objetivo.** Estabelecer a prevalência da saúde mental e associações dos fatores escolaridade, faixa etária, sexo e situação jurídica de pessoas privadas de liberdade, através do instrumento de triagem *Brief*

Jail Mental Health Screening (BJMHS) (Breve Triagem de Saúde Mental na Prisão), a uma amostra de pessoas privadas de liberdade ao serem admitidas em três presídios colombianos. **Metodologia.** Estudo observacional de corte transversal em uma população de três prisões da Colômbia dos anos 2019 e 2020, dois prisões para varões, e um para mulheres. A amostra final validada, foi de 417 pessoas, 22.3% para mulheres e 77.7% para homens, para a triagem da saúde mental, aplicada ao ingresso nos estabelecimentos penitenciários. **Resultados.** A prevalência global de transtornos mentais foi de 46.0% com um Intervalo de Confiança de 95% (41.3% a 50.8%); para o presídio Buen Pastor foi de 46.2% com um Intervalo de Confiança de 95% (35.9% a 56.6%); para o presídio Modelo 51.5% com um Intervalo de Confiança de 95% (43.0% a 60.0%); e para o presídio Picota 42.0% com um Intervalo de Confiança de 95% (34.9% a 49.1%). Foi encontrado um maior impacto na saúde mental em pessoas acusadas ou condenadas por crimes contra a liberdade, integridade e formação sexual, contra a segurança pública e contra a família. **Discussão.** Dadas as condições únicas da população prisional e a universalidade dos transtornos mentais, é essencial a detecção precoce do seu nível funcional e do seu grau de afetação. **Conclusão.** Foi encontrada uma prevalência de transtornos mentais nas prisões colombianas, de magnitude consistente com populações semelhantes relatadas na literatura universal, mostrando maior relevância em homens do que em mulheres.

Palavras-chave:

Saúde Mental; Prisioneiros; Programas de Rastreamento; Testes de Estado Mental e Demência; Vigilância em Saúde Pública; Serviço Social em Psiquiatria

Introducción

Los centros carcelarios pertenecen a lo que definió en su momento el Antropólogo Goffman, como una “institución total”, es decir un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten una rutina diaria, administrada formalmente” (1).

Producto de su misma condición, las personas privadas de la libertad (PPL), dependen de sus cuidadores en casi todos los aspectos, labor que en el caso colombiano recae entre el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), responsable de la seguridad, y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), encargada de la alimentación y de la salud de los internos, con excepción de las 69 cárceles municipales y regionales (2), de los establecimientos carcelarios de la fuerza pública, de las Estaciones de Policía y de las Unidades de Reacción Inmediatas.

De 191,383 individuos que cumplen diferentes modalidades de medidas de aseguramiento, a febrero 2020, se contabilizaban un total de 126,671 personas intramuros (3), 40.16% sindicadas y 59.84% condenadas, de ellas el 98% estaba a cargo del INPEC, un 2% bajo la responsabilidad de las autoridades municipales y militares, repartidos entre 205 establecimientos, a razón de 617 individuos promedio por centro, en un rango de 50 a 8,500 sujetos, para un total de 194,859 personas (3).

Entre los aspectos de obligatorio cubrimiento frente a esta población, están las necesidades en materia de seguridad (a la que institucionalmente se le da mayor preponderancia), de alimentación y de atención en materia de salud. Esta última conforma nuestro principal interés: la detección de

las afectaciones de salud mental, en pro de una atención óptima.

En el caso específico de las personas custodiadas por el INPEC en Colombia, el compromiso de la salud está a cargo de la USPEC, dependencia que cubre la mayoría de las situaciones (92%), con exclusión de los regímenes de excepción (1%), y de una minoría de los presos con mayor solvencia económica o apoyo familiar que, al conservar su Entidad Promotora de Salud (EPS), son atendidos de manera independiente (7%) (Tabla 1).

Tabla 1. Status de atención en materia de salud de las personas privadas de la libertad (PPL) en los establecimientos carcelarios del INPEC (intramural), a junio 2020.

Forma de vinculación al servicio de salud		
Fondo PPL 2019 (%) (*)	Contributivo (%)	Regímenes de excepción (%) (**)
92	7	1

(*) Corresponde al Consorcio (USPEC).

(**) Policía Nacional, Ejército Nacional, Ferrocarriles, etc.

Fuente: elaborado por los autores basado en el Grupo de Aseguramiento de la Subdirección de Atención en Salud del INPEC, junio 2020.

Cuando ingresa una persona privada de la libertad a los establecimientos carcelarios se le debe realizar un examen físico general al igual que una entrevista por un profesional del área psicosocial. Ese procedimiento, por causa del insuficiente personal especializado disponible, y la carencia de instrumentos psicotécnicos de apoyo, suele ser corto e incluso puede omitirse, especialmente en los establecimientos que acogen a diario un gran número de personas.

Con el crecimiento de la población privada de la libertad se hace indispensable una evaluación efectiva y estandarizada que permita identificar a aquellos individuos que requieren una mayor atención, y que necesitan una evaluación psicológica exhaustiva, pues no pueden tomarse acciones guiadas por una percepción individual. Estudios previos han demostrado una identificación pobre de individuos que requieren tratamiento, y encontraron que sólo el 32.5% de los detenidos con enfermedad mental severa se detectaban a su ingreso al centro carcelario (4).

En términos epidemiológicos, el anterior aspecto remite al estudio de la distribución y de los estados o eventos (en particular de las enfermedades) relacionados con la salud, y su aplicación al control de enfermedades y otros problemas de salud en el sistema carcelario (5). Colombia carece de un mapa exhaustivo que dé cuenta del abanico de dolencias que padecen los internos de los centros carcelarios.

En ciertos casos los profesionales de la salud y los funcionarios asociados al INPEC, que laboran en el proceso de atención o de remisión de las personas privadas de la libertad, tienen un conocimiento empírico puntual de estas situaciones. Sin embargo, la rotación de personal y la ausencia de un proceso de estudio sistemático, imposibilita disponer de un balance global actualizado de la identificación y valoración de entidades médicas y psicológicas (los diagnósticos) que permitiría optimizar el acompañamiento y programar la asignación de recursos y de profesionales para el tema de la salud.

Las problemáticas de salud que aquejan a las personas privadas de la libertad en las cárceles incorporan aspectos transversales a toda su población (enfermedades pulmonares, cardiovasculares, VIH-SIDA, etc.), y otros tributarios de la zona en donde se encuentran los establecimientos como pueden ser, por ejemplo, el paludismo o la leishmaniasis en territorios de clima cálido. Adicionalmente, el hacinamiento en las cárceles, que en Colombia ha estado cercano al 50% (4), es un factor primordial en la morbimortalidad de las personas privadas de la libertad (PPL) (2,6).

Desde esta perspectiva, y partiendo del hecho que las enfermedades crónicas son responsables del 60% de los fallecimientos y del 75% del gasto público sanitario mundial (7) se reporta que, en España, uno de cada dos reclusos presenta algún tipo de patología crónica.

Los trastornos mentales

En el sistema carcelario colombiano se han identificado 3,468 sujetos privados de la libertad con enfermedad mental (92% hombres, 8% mujeres), entendiendo esta como:

...un síndrome caracterizado por disturbios clínicamente significativos en los aspectos cognitivos, regulación emocional o de conducta de un individuo,

que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo de los procesos mentales (8).

Alrededor de 150 sujetos del 2.89% de la población carcelaria colombiana con diagnóstico clínico, se encuentran albergados en las dos Unidades de Salud Mental (USM) existentes ubicadas en la Cárcel Nacional la Modelo en Bogotá, y en Villahermosa en la ciudad de Cali (departamento de Valle del Cauca). Con ello el INPEC cumple con los postulados de la Ley 1709 de 2014 que establece que deben disponerse de establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio (8). Los demás sujetos, que no se hallan ubicados en las dos USM, conviven en los patios con las demás personas privadas de la libertad, recibiendo su medicación directamente en su lugar de reclusión (2).

Se observa una disparidad entre la frecuencia de los desórdenes mentales de la población en general y la dada en la población privada de libertad, lo cual evidencia una labor deficiente de los filtros de detección en el sistema carcelario. En el estudio Nacional de Salud Mental 2003, se reporta que el 40.1% de la población colombiana entre 18 y 65 años, ha sufrido o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno mental (7). Así mismo, la encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia del 2015, reporta que 10 de cada 100 adultos entre 18 y 44 años, y 12 de cada 100 adolescentes, tienen algún problema que sugiere la presencia de un trastorno mental (8).

Es común observar, cómo un número significativo de detenidos con serias enfermedades mentales, reciben sentencias más largas, infringen los reglamentos de custodia más frecuentemente, obteniendo más reportes disciplinarios y demuestran un mayor riesgo de reincidencia (9). Así mismo, la creciente población de privados de la libertad con elevado índice de desórdenes asociados a sustancias adictivas arroja difíciles situaciones de manejo para la seguridad de los penales, y de quienes se encuentran ahí retenidos o laborando (guardias, personal de sanidad, equipo psicosocial, docentes, etc.) (10).

En las prácticas carcelarias “la salud mental”, entendida como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes”, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (11). Se suele referir en ese medio a la enfermedad mental como quienes padecen un trastorno, mas no a su concepto más amplio, en el cual intervienen factores tales como lo cultural, la calidad de vida, las condiciones físicas o psicológicas. De tal manera que, aun cuando el condenado, o el procesado, no haya sido clínicamente diagnosticado con antelación a su captura, es determinante poder establecer si hay presencia de afectaciones de salud mental en términos generales, tengan éstas o no relación con el delito.

En el Reino Unido, la proporción de enfermos mentales condenados o procesados por la comisión de un delito es de 148 por cada 100,000, en Estados Unidos es de 737 por cada 100,000, en China es de 118, en Rusia es de 615, en Ucrania es de 350 y en Sudáfrica es de 334, evidenciando vacíos en los registros disponibles en la institucionalidad colombiana, al observar las diferencias en los registros, y la importancia de hallar el camino para disponer de diagnósticos y de atenciones en tiempo real (11).

Ahmed Youssef, coordinador de salud en detención del Comité Internacional de la Cruz Roja para las Américas anotaba que:

Los retos humanitarios en las cárceles abundan pues existe una recolección insuficiente de información que no permite realizar una vigilancia epidemiológica adecuada. Eso sin contar el pobre diseño de los sistemas de salud en detención y la falta de supervisión y monitoreo de la prestación sanitaria (12).

El seguimiento referido por la Cruz Roja Internacional resulta fundamental en la medida que, si bien las dos primeras fases de ese proceso remiten al filtro y al diagnóstico exhaustivo de las problemáticas presentes, sin acompañamiento posterior, toda la labor emprendida se estaría desperdiciando.

El consumo de sustancias psicoactivas como factor de comorbilidad

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA), arroja con frecuencia una comorbilidad con otros desórdenes mentales, o se considera un desorden mental en sí misma, y constituye una variable importante sobre la incidencia de la salud mental. Se estima que 44.8% de las PPL han consumido sustancias psicoactivas dentro del centro penitenciario, con una prevalencia del 42.8% para la cocaína, entre los cuales el 5% habría iniciado su consumo al ser privados de la libertad (13,14). Lo anterior apunta a que la mayoría de los consumidores (95%) ingresan a la institución con la problemática adquirida (15,16). Esta es una de las

problemáticas más recurrentes en el medio carcelario, que requiere ser direccionada hacia los programas existentes para ese fin.

El *Epidemiological Review* reporta (17) que las personas privadas de la libertad usan alcohol en un 71%, drogas ilegales en un 48%, marihuana en un 37%, cocaína en un 23%, drogas inyectables en un 10%, y opiáceos en un 10%. Otro estudio, realizado en diez naciones (Australia, Austria, Inglaterra, Francia, Alemania, Islandia, Irlanda, Holanda, Nueva Zelandia y Estados Unidos), con la participación de 18,388 prisioneros sentenciados y detenidos, estableció que la prevalencia del uso de sustancias varía considerablemente en un rango de 10% a 89% (18), arrojando una amplia variabilidad, de acuerdo con el contexto. Adicionalmente, un reporte de la Organización Mundial Salud (OMS), anota que el alcohol y otras drogas fueron los factores precipitantes en crímenes violentos, en el 78% de los casos, y del 83% en crímenes contra la propiedad (18).

Los suicidios

La incidencia de los suicidios entre los internos conforma una importante variable directamente relacionada con su salud mental. Este fenómeno suele evaluarse institucionalmente como “intentos de suicidio” y “suicidios consumados”, ante los cuales la información disponible en la institucionalidad colombiana evidencia vacíos en algunos aspectos.

Las tendencias suicidas son el reflejo de una salud mental afectada, y requieren asegurar un acompañamiento sostenido en el tiempo al individuo, en aras de prevenir futuros infortunios. El INPEC para el año 2019, reportó ante el Ministerio de Salud 301 intentos de suicidios (3) (Tabla 2), equivalentes a una tasa de 252 eventos por cada 100,000 individuos (cálculos propios), cuando para la totalidad de la población colombiana la medida era, para el 2017, de 36.08 por cada 100,000 habitantes, siete veces inferior a la estimada para los establecimientos carcelarios. Esto se explica por los cambios agudos consistentes con el encarcelamiento.

Tabla 2. Notificaciones de intentos de suicidios en los establecimientos del INPEC, año 2019.

Meses	En.	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL
Totales	10	29	23	34	25	35	22	29	29	24	17	24	301

Fuente: INPEC 2020.

La etapa inicial del encarcelamiento (uno a cinco meses), conforma el lapso de mayor riesgo en la aparición del intento suicida (41.7%), lo que puede relacionarse con el desajuste afectivo y emocional que fragmenta la vida habitual del interno, “en cuanto a sus relaciones interpersonales e intrapersonales, donde hay ausencia de

comunicación positiva, y se evidencia el estrés moral y la tensión psicológica” (3).

Estas situaciones evaluadas se originan, entre otros, en trastornos depresivos (35.4%), trastornos afectivos (9.1%), y en el abuso de sustancias psicoactivas (6.6%), donde el

confinamiento forzoso incrementa los eventos infortunados que conllevan al fallecimiento de un mayor número de sujetos que en condiciones de libertad (Tabla 3).

Tabla 3. Trastornos psiquiátricos relacionados con el intento de suicidio (población general).

Trastornos psiquiátricos asociados	Casos	%
Trastorno depresivo	6689	35.4
Otros trastornos afectivos	1715	9.1
Abuso de SPA	1253	6.6
Otros trastornos psiquiátricos	635	3.4
Esquizofrenia	323	1.7
Trastorno bipolar	518	2.7

Fuente: Minsalud, 2018.

Quizás uno de los temas más delicados en cuestiones de salud en prisiones es esta problemática, ante la cual una evaluación inicial conforma muchas veces la única ocasión para identificarla cuando el sujeto está supeditado a las variables diarias de un sistema punitivo y de privación que genera sentimientos de desesperanza. La evaluación de conducta suicida se requiere en todas las instituciones carcelarias, pues es universalmente reconocido que el estrés de encarcelamiento, asociado al sentimiento de impotencia y de incapacidad, es un claro precipitante de conducta suicida.

Un estudio publicado en Lancet (19), basado en información colectada en 24 países de altos ingresos de Europa, Australia y Norteamérica, reveló 3,906 suicidios ocurridos entre 2011 y 2014, 93% hombres y 7% mujeres. Los países nórdicos tuvieron el mayor porcentaje con más de 100 suicidios por cada 100,000 habitantes, seguidos por Francia y Bélgica con cerca de 100 por 100,000 habitantes.

Australia y Norteamérica, respectivamente, contaron con 23 a 67 suicidios por cada 100,000 habitantes. La tasa de suicidio, comparada con la población general, fue tres veces superior en hombres y nueve veces en mujeres (19). Es importante resaltar esta relación por cuanto el comportamiento distintivo de esta variable entre los representantes del sexo femenino es más común.

Hacia dónde

Se hace entonces necesario establecer un sistema de tamizaje de breve aplicación, sencillo, confiable y ojalá libre de costo, que permita identificar, apenas ingresen al sistema, a aquellos individuos que requieran una evaluación más

detallada para, de este modo, referirlos al personal clínico entrenado en el diagnóstico psicológico y brindarles un tratamiento adecuado a sus circunstancias.

El insuficiente personal disponible y entrenado para la aplicación de pruebas psicotécnicas complejas, el elevado número de PPL que llegan a diario a los establecimientos, el insuficiente recurso económico disponible para la implementación de complejos procesos de vinculación inicial, y la imperante necesidad de contar con un medio eficaz de filtro, son los cuatro factores a considerar en el momento de definir el mecanismo por escoger.

En la búsqueda de una prueba de tamizaje apropiada para las instituciones carcelarias se hizo una revisión de la literatura donde se tuvieron en cuenta cuatro preguntas para guiar el estudio: 1) ¿Cuál es la sensibilidad y la especificidad de la prueba en la población de interés? 2) ¿Funcionan de forma similar según el sexo y la etnicidad? 3) ¿Funcionan igualmente bien en detectar seria enfermedad mental (condiciones psicóticas, depresión), y otros desórdenes mentales, en centros de reclusión de corta y larga duración? (4,20).

Una revisión de la literatura mostró un alto porcentaje de utilización en establecimientos carcelarios, tanto en Norteamérica como en Europa brindando, de esta manera, una herramienta de trabajo de alta practicidad y utilidad para el INPEC y la USPEC, en su labor de custodia, vigilancia y atención de las personas a su recaudo (21,22). El principal objetivo del presente estudio fue establecer la prevalencia de la salud mental haciendo uso del siguiente instrumento de tamizaje: el test *Brief Jail Mental Health Screening (BJMHS)*. El instrumento se usó en una muestra de personas privadas de la libertad a su ingreso en tres centros carcelarios colombianos. De forma complementaria, se buscó establecer posibles asociaciones de los factores de nivel educativo, de la edad, de la situación jurídica de las personas privadas de la libertad, de los delitos cometidos (o presuntamente cometidos), del sexo, de pertenencia a la etnia indígena, por cárcel, y de la presencia de discapacidad frente a la salud mental (23).

Dicha labor se realizó de forma mancomunada entre el INPEC, por medio de su Dirección de Atención y Tratamiento, la Universidad El Bosque y la Procuraduría General de la Nación, en virtud de que el ejercicio corresponde a una función inherente a las obligaciones del INPEC y del USPEC, la de garantizar el derecho a la salud y a las necesidades de los internos como lo establecen la Ley 1709 de 2014, y teniendo en cuenta los aspectos éticos (23,24) y el respeto al trato diferencial y al autoreconocimiento de determinada condición, tal como lo estipulan las regulaciones del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. En ese marco, se respetaron y se cumplieron las consideraciones ética propias a la labor aquí desarrollada.

Metodología

El tipo de estudio fue observacional de corte transversal en una población de tres cárceles de Colombia de los años 2019 y 2020. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta el ser mayor de edad y estar sindicado o condenado, y como criterios de exclusión el estar bajo el efecto del alcohol o las drogas, no aceptar la cooperación con el estudio o las dificultades para entender las preguntas.

El muestreo fue no probabilístico, con un tamaño de la muestra de 417 participantes, distribuidos así: Cárcel 1=93 [22.4%; Cárcel el Buen Pastor (mujeres)], Cárcel 2=136 [32.6%; Cárcel Nacional La Modelo (hombres)], y Cárcel 3=188 personas [45.1%; Complejo Carcelario y Penitenciario Metropolitano 'La Picota' (hombres)] (25). El cálculo del tamaño de la muestra se obtuvo con una población de 15,500 personas, una proporción esperada del 50%, una precisión del 5% y una confiabilidad del 95%, con un tamaño de muestra esperado de 375 personas (26).

Las variables estudiadas y relacionadas con el instrumento de tamizaje fueron: sexo, edad, situación jurídica, discapacidad, pertenencia a grupo indígena, cárcel, educación, delitos y antecedentes de tratamiento por salud mental (27). Estas permitieron dar contexto y una caracterización general de la población en estudio (28).

Para el tamizaje de salud mental se utilizó la escala *Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)*. Esta prueba la desarrolló en 2005 la Sociedad Psiquiátrica Americana en respuesta al masivo número de individuos arrestados, diagnosticados con trastorno mental en 2003 (900,000 de 13,000,000). Fue desarrollada por Henry J. Steadman con soporte financiero del Departamento de Justicia de los EE. UU. El instrumento está conformado por ocho preguntas para detectar que una persona tenga problemas de salud mental, el cual ha sido validado en numerosas prisiones alrededor del mundo (29).

Para que el concepto sea significativo la prueba debe arrojar respuestas positivas en cuatro de las primeras seis preguntas o positivo en la pregunta 7 u 8. Las preguntas 1 y 2 están dirigidas a detectar problemas en el estilo del pensamiento más común en problemas psicóticos. La pregunta 3 está dirigida a identificar síntomas compatibles con trastornos afectivos al igual que las preguntas 4, 5 y 6, las cuales buscan corroborar estas conductas en personas allegadas al individuo. La pregunta 6 le da la oportunidad al individuo de expresar sus propias observaciones en los aspectos afectivos. Las preguntas 7 y 8 están dirigidas a historias previas de trastorno mental.

De acuerdo con las mediciones realizadas, dicho instrumento tiene una sensibilidad del 74% de identificar problemas mentales en hombres, y de 54.9%, de identificar

mujeres con desórdenes mentales no identificados previamente (30). Cabe anotar que el test fue traducido por el Decano de la Facultad de Psicología de El Bosque, quien desarrolló estudios en Canadá, y por un psiquiatra colombiano con estudios de especialización en Psiquiatría y subespecialidad en Psiquiatría Forense, juntos en los Estados Unidos y con experiencia de más de 25 años en el sistema carcelario local, estatal y Federal de los EE.UU.

Para proceder a la aplicación del instrumento de tamizaje y a la recolección de la información, se procedió a seleccionar, en conjunto con el INPEC, a un psicólogo por cada uno de los centros carcelarios escogidos. A este grupo de profesionales se les capacitó en el uso del *Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)*, con la indicación de aplicarlo a todas las personas privadas de la libertad recepcionadas en cada prisión, bien sea por traslado desde otro establecimiento, o bien sea por su reciente captura.

No obstante lo anterior, cabe anotar que la entrevista y la evaluación de ingreso a la cárcel conforman un procedimiento preestablecido por el INPEC con la finalidad de asignar patios y modalidades de atención que se ajusten al perfil de cada sujeto y garanticen su adecuada atención. Este procedimiento se llevó a cabo entre finales del año 2019 y principios del 2020, de conformidad con los ingresos de cada centro carcelario.

Se digitó y depuró en el programa Microsoft Excel versión 365 y se analizó en el programa para ciencias sociales SPSS vs 22. Las variables cuantitativas se estudiaron por medio de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales. Para determinar asociaciones se utilizó la prueba chi cuadrado de Pearson y, para determinar el riesgo, se utilizó la razón de disparidad (RD). Los intervalos de confianza fueron de 95% y el nivel de significancia del 5%.

Con respecto a los aspectos éticos y legales, dados los requerimientos de las instituciones carcelarias, se obtuvieron los avales institucionales manteniendo el respeto del anonimato de los participantes. También, se mantuvo la confidencialidad aun cuando, por ser un requerimiento administrativo, no es considerado necesario un consentimiento informado por escrito, pero si verbal (24).

Esta propuesta se impulsó en el marco del Proyecto Libertad de la Procuraduría Delegada para el Ministerio Público en Asuntos Penales, el cual tiene la pretensión de optimizar la administración de justicia y los procesos directa o indirectamente relacionados, en alianza con la Universidad del Bosque. Esta propuesta se llevó a cabo con la finalidad de realizar aportes que, a mediano plazo, podrán mejorar la atención en materia de salud mental de las personas privadas de la libertad.

Resultados

El sexo masculino fue el predominante con una mayoría de integrantes menores de 35 años que en un 4.9% manifestaron tener alguna discapacidad. Con respecto a

la situación jurídica predominó el condenado. De igual forma, en todos los establecimientos se encontró una asociación entre los delitos y el trastorno mental (Escala BJMHS) ($p < 0.05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Características Generales de personas privadas de la libertad.

Enfermedad Mental (BJMHS)		Total		Si		No		Valor P
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Masculino	324	77.7	149	46.0	175	54.0	0.966
	Femenino	93	22.3	43	46.2	50	53.8	
Discapacidad	Si	20	4.9	13	65.0	7	35.0	0.080
	No	389	95.1	175	45.0	214	55.0	
Indígenas	Si	3	.08%	2	66.7	1	33.3	0.460
	No	388	99.2	176	45.4	212	54.6	
Cárcel	Buen pastor	93	22.3	43	46.2	50	53.8	0.242
	Modelo	136	32.6	70	51.5	66	48.5	
	Picota	188	45.1	79	42.0	109	58.0	
Educación	Ninguna	7	2.9	6	85.7	1	14.3	0.51
	Ciclo 1 (Gdo. 1,2,3)	22	2.9	8	36.4	14	63.6	
	Ciclo 2 (Gdo. 4,5)	29	12.0	12	41.4	17	58.6	
	Ciclo 3 (Gdo. 6,7)	33	13.7	13	39.4	20	60.6	
	Ciclo 4 (Gdo. 8,9)	52	21.6	24	46.2	28	53.8	
	Ciclo 5 (Gdo. 10)	18	7.5	8	44.4	10	55.6	
	Ciclo 6 (Gdo. 11)	69	28.6	29	42.0	40	58.0	
Situación Jurídica	Superior Incompleto o Completo	11	4.6	4	36.4	7	63.6	0.557
	Sindicado	102	45.5	42	41.2	60	58.8	
Delitos	Condenado	122	54.5	55	45.1	67	54.9	0
	Vida y la integridad personal	24	10.2	8	33.3	16	66.7	
	Personas y bienes protegidos por el derecho internacional humanitario	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	La libertad individual y otras garantías	9	3.8	2	22.2	7	77.8	
	La libertad, integridad y formación sexuales	21	8.9	16	76.2	5	23.8	
	Familia	11	4.7	8	72.7	3	27.3	
	Patrimonio económico	115	48.9	46	40.0	69	60.0	
	Fe pública	8	3.4	2	25.0	6	75.0	
	Recursos naturales y el medio ambiente	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Seguridad pública	58	24.7	14	24.1	44	75.9	
	Salud pública	35	14.9	19	54.3	16	45.7	
	Administración pública	4	1.7	2	50.0	2	50.0	
	Eficaz y recta impartición de justicia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Régimen constitucional y legal	1	0.4	1	100	0	0	
	Autonomía personal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	De la protección, información y los datos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Edad	< 35 años	180	52.2	75	41.7	105	
≥ 35 años		165	47.8	77	46.7	88	53.3	

Fuente: elaborado por los autores.

Los delitos significativos con el tamizaje de trastorno mental, según la historia de antecedentes penales, fueron aquellos contra la libertad, integridad y formación sexuales con un riesgo de 4.8 (RD) (IC95%; 1.73-13.86) para la salud mental y para la seguridad pública, siendo protector para la salud mental 0.33(RD) (IC95%; 0.17-0.65), comparado con

el resto de los delitos. Los delitos contra la familia arrojaron una afectación alta en salud mental, con un riesgo de 3.8 (RD) y un (IC 95%;0.98-14.65), que, aunque no fue significativo estuvo cerca de serlo. Al realizar el análisis multivariado con covariables de antecedentes penales, solo se reportó como

significativo el antecedente *Libertad, integridad y formación sexuales* con un riesgo 4.5 (RD) (IC95%; 1.18-16.96)

Las personas privadas de la libertad abordadas se encontraron, entre otros, vinculadas de mayor a menor, por delitos en contra del patrimonio económico, contra

la seguridad pública, contra la salud pública, por delitos contra la vida y la integridad personal, por delitos contra la integridad y formación sexuales, y contra la familia (Figura 1), arrojando, en términos generales, gran similitud con la repartición delincencial en el medio carcelario.

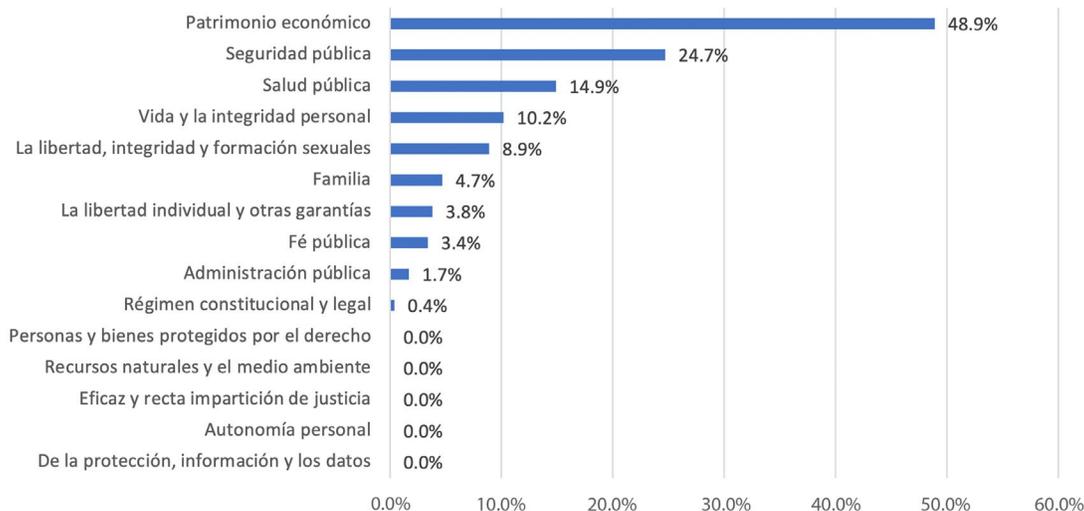


Figura 1. Distribución de delitos.

Fuente: elaborado por los autores.

Con respecto a las preguntas de la escala BJMHS, las personas manifestaron más frecuentemente el haber aumentado o perdido aproximadamente un kilo por semana, sin tratar de hacerlo (Pregunta 3); también expresaron que en las últimas semanas se han sentido inútiles o pecadores

(Pregunta 6), y que han sentido que tienen que hablar o moverse más despacio de lo que usualmente lo hacen (Pregunta 5); No se encontró asociación estadística entre las preguntas del cuestionario con respecto a sexo ($p > 0.05$). (Tabla 5).

Tabla 5. Preguntas de BJMHS aplicadas a personas privadas de la libertad en Bogotá.

Preguntas BJMHS	Sexo						Valor p	
	Total		Masculine		Feminine			
	n	%	n	%	n	%		
1. ¿Usted cree actualmente que alguien puede controlar su mente poniendo o quitando pensamientos en su cabeza?	No	375	89.9%	290	89.5%	85	91.4%	0.593
	Si	42	10.1%	34	10.5%	8	8.6%	
2. ¿Usted siente actualmente que otras personas conocen sus pensamientos y pueden leer su mente?	No	400	95.9%	310	95.7%	90	96.8%	0.638
	Si	17	4.1%	14	4.3%	3	3.2%	
3. ¿Últimamente usted ha aumentado o perdido como un kilo de peso por semana, sin tratar de hacerlo?	No	188	45.1%	147	45.4%	41	44.1%	0.826
	Si	229	54.9%	177	54.6%	52	55.9%	
4. ¿Sus familiares o amigos le han dicho que usted actualmente está mucho más activo de lo que usualmente es?	No	359	86.1%	277	85.5%	82	8.2%	0.511
	Si	58	13.9%	47	14.5%	11	11.8%	
5. ¿Usted siente actualmente que tiene que hablar o moverse más despacio de lo que usualmente lo hace?	No	303	72.7%	230	71.0%	73	78.5%	0.152
	Si	114	27.3%	94	29.0%	20	21.5%	
6. ¿En las últimas semanas usted ha sentido que es inútil o pecador?	No	293	70.3%	234	72.2%	59	63.4%	0.102
	Si	124	29.7%	90	27.8%	34	36.6%	
7. ¿Actualmente está tomando alguna medicación recetada por un médico para problemas emocionales o de salud mental?	No	396	95.0%	307	94.8%	89	95.7%	0.713
	Si	21	5.0%	17	5.2%	4	4.3%	
8. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado por problemas emocionales o de salud mental?	No	394	94.7%	308	95.4%	86	92.5%	0.274
	Si	22	5.3%	15	4.6%	7	7.5%	

Fuente: elaborado por los autores.

Prevalencia de salud mental (Escala BJMHS)

La prevalencia de afectaciones en la salud mental en todos los establecimientos, según la escala BJMHS, fue de 46.0%, con un IC de 95% (41.3% a 50.8%) (error de

muestreo del 5.3%, calidad buena), para la cárcel Buen Pastor fue de 46.2% con un IC 95% (35.9% a 56.6%), para la cárcel Modelo 51.5% con un IC 95% (43.0% a 60.0%) y para la cárcel Picota con un 42.0% con un IC 95% (34.9% a 49.1%) (Figura 2).

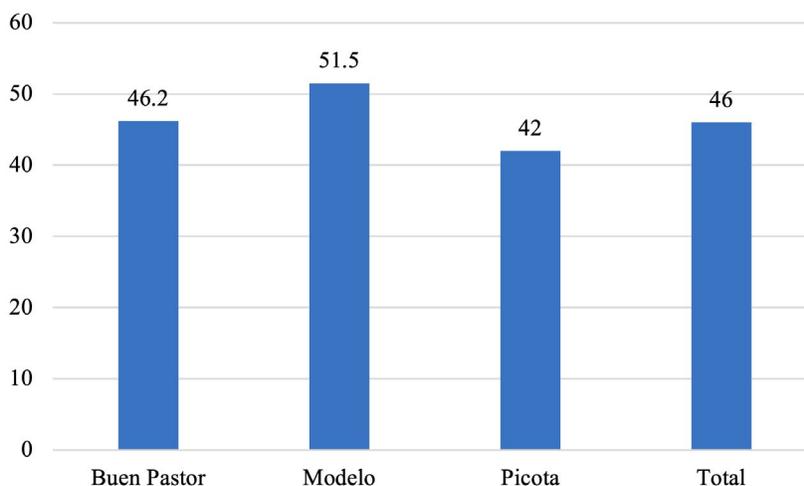


Figura 2. Prevalencia de Salud Mental por total y cárcel (Escala BJMHS).

Fuente: elaborado por los autores.

Teniendo en cuenta que el instrumento no fue generado bajo los auspicios de los sesgos culturales colombianos, se observa entre los internos, y con mayor énfasis entre las mujeres, la presencia de una influencia del pensamiento mágico - religioso, que podría llegar a generar algunas alteraciones menores en las respuestas.

Ello se ve reflejado, en particular, en la pregunta 1 (“¿Usted cree actualmente que alguien puede controlar su mente poniendo o quitando pensamientos en su cabeza?”) con 1.5% de diferencia a favor de las mujeres con respecto a los hombres. Algunas personas correlacionan “ese control” con una divinidad o una fuerza de la naturaleza. En la pregunta 6 (“¿En las últimas semanas usted ha sentido que es inútil o pecador?”) con 8.8% de diferencia con los representantes del sexo masculino, donde el término “pecador” adquiere una representación socio-religiosa en un contexto donde el dogma católico posee un gran peso en el imaginario colectivo.

Lo anterior por cuanto una respuesta negativa podría no implicar forzosamente un diagnóstico clínico en el sujeto, sino una convicción cultural propia (Tabla 7). De ahí la importancia de realizar los respectivos análisis en contexto y considerando los diferentes factores involucrados.

De esta manera las respuestas cualitativas recogidas, aunque no estuvieron presentes en todos los casos, y por ende no son siempre significativas e ilustrativas, refuerzan dicho hallazgo, haciendo evidente la importancia de clarificar la naturaleza del interrogador y de la respuesta al momento de aplicar el

instrumento a la población de interés. En ese contexto, y por oposición, tan solo la respuesta cualitativa “Alguien dentro de sí mismo” (Tabla 8) apunta a aspectos alejados de toda influencia cultural, y está más enfocada hacia un posible trastorno, en especial por quienes manifestaron tenerlo.

La pregunta 2, al referirse a la posibilidad de que un tercero pueda “leer la mente” del interrogado, evidencia un porcentaje menor de la muestra total que responde “los brujos” y “los muertos”, haciendo una alusión clara a creencias y a convicciones personales (Tabla 6). Con ello se confirma la importancia de considerar el factor cultural, anteriormente referido, sin descartar que este puede también disfrazar, en ocasiones, afectaciones mentales o comportamentales, al ser voluntariamente disimuladas por el interesado.

Table 6. Cualificación de la pregunta 1 del cuestionario del *Brief Jail Mental Health Screen*. “¿Ud. cree actualmente que alguien puede controlar su mente poniendo o quitando pensamientos en su cabeza?”, en población privada de la libertad (PPL), cuando la respuesta fue afirmativa.

Ítems	%
Familia (*)	53.33
Terceros (**)	40
Alguien dentro de sí mismo	6.67
Total	100

(*) Esposa/so, hijos, madre, padre, otros; (**) Indeterminados, otro PPL, YouTube, etc.

Fuente: elaborado por los autores.

Con respecto a las preguntas de aumento y de disminución del peso, y de la actividad conductual de los internos, la respuesta se relaciona a menudo con el estrés, producto de haber estado detenidos en las Unidades de Reacción Inmediata (URI, de la Fiscalía General de la Nación, o en las Estaciones de Policía) antes de ser traídos al establecimiento carcelario, o con su estadía prolongada en la cárcel, haciendo evidente el efecto del apresamiento, ya que muchos no han tenido la oportunidad de hablar con sus familiares, de recibir visitas frecuentes, entre otros aspectos (Tabla 7). Esta pregunta adquiere un valor significativo para posteriores evaluaciones, pues su objetivo principal es identificar cambios en las esferas afectivas y de la motivación.

Tabla 7. Cualificación de la pregunta 2 del cuestionario del *Brief Jail Mental Health Screen*. “¿Ud. siente actualmente que otras personas conocen sus pensamientos y pueden leer su mente?”, en población privada de la libertad (PPL), cuando la respuesta fue afirmativa.

Ítems	%
Los brujos y los muertos	40
Terceros	40
Padres / madres	20
Total	100

Fuente: elaborado por los autores.

Tabla 8. Cualificación a la pregunta “¿Sus familiares o amigos le han dicho que Ud. actualmente está mucho más activo de lo que usualmente es?”, en población privada de la libertad (PPL), cuando la respuesta fue afirmativa.

Ítems	%
Por la culpa (*)	45.65
Por la ansiedad	10.87
Por el encierro	10.87
Por el consumo o abstinencia de consumo de SPA	10.87
Por el entorno	4.35
Por la inactividad	4.35
Por la situación judicial	4.35
Por no tener visita de la familia	2.17
Por pensar	2.17
Por epilepsia	2.17
Por pérdida de trabajo	2.17
Total	100

(*) Por la comisión del delito, por fallarle a Dios.

Fuente: elaborado por los autores, total población entrevistada.

Al remitirnos a los resultados de la pregunta 7 (“¿Actualmente está tomando alguna medicación recetada por un médico, para problemas emocionales o de salud mental?”) (Si total = 5%) y de la 8 (“¿Alguna vez ha estado

hospitalizado por problemas emocionales o de salud mental?”) (Si total = 5.3%), y al cotejarlas con la pregunta 1, puede inferirse que las personas privadas de la libertad, que sufren un trastorno mental, oscilan entre un 5% y un 10%, lo cual está acorde con los registros internacionales (28) (Tabla 7). Para la muestra trabajada, el dato puntual es de 8.9% de internos, con un intervalo de confianza del orden de entre 6% – 11.7%. Estos sujetos corresponden a aquellos que podrían requerir medicación:

(...) la Comisión de Servicios Psiquiátricos/ Terapéuticos del Sistema Penitenciario, del Ministerio de Justicia Español, realizó una encuesta entre los directores de instituciones penitenciarias en los Países Bajos. Los resultados arrojan una estimación del 10% de los presos con graves problemas psíquicos, cuyo comportamiento se relaciona con trastornos mentales (5).

El cálculo de la prevalencia de salud mental (Figura 2) evidencia que, de acuerdo con la prueba de tamizaje, entre el 42% y el 51.5% de la población carcelaria podría padecer alguna dificultad de salud mental. El cotejo de esta información con el dato anterior nos arroja, restando el 10% de internos presuntamente medicables, que podríamos esperar entre un 32% y un 41.5% de reclusos que padecen alguna dificultad de salud mental que amerita acompañamiento.

Con respecto a la pregunta 4 (“¿Sus familiares o amigos le han dicho que Ud. actualmente está mucho más activo de lo que usualmente es?”) las respuestas de orden cualitativo confirman la presencia de un representativo sector de consumidores de sustancias psicoactivas en la población en estudio. La proporción no se puede establecer por medio del instrumento ya que ésta no es su función, pero sí permite identificar las problemáticas de interés para su posterior evaluación y atención, considerando que esta conducta podría evolucionar a estados de franca agitación.

La pregunta 8 (“¿Alguna vez ha estado hospitalizado por problemas emocionales o de salud mental?”), permite visibilizar y ratificar, mas no disponer de una proporción estadística confiable, la incidencia de la intención suicida en las cárceles. En efecto, las tres primeras causas de hospitalización reportadas por los privados de la libertad son, en orden descendente, el intento suicida, el consumo de SPA y la depresión.

Si bien no conforma una regla aplicable a todos los delitos, en el caso de los PPL por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, se halló una mayor afectación en la salud mental que ojalá a futuro sea confirmada y más ampliamente documentada.

Discusión

En el caso colombiano se observa en general, un comportamiento similar en la prueba en mujeres y en hombres, por cuanto, no se hallan diferencias significativas y de gran envergadura para las distintas variables consideradas asociadas al sexo.

Cabe aclarar, sin embargo, que las mujeres a raíz de su confinamiento, suelen padecer mayores tasas de abandono por parte de sus respectivas parejas sentimentales, que los hombres privados de la libertad. También, las mujeres sufren afectaciones por el desvalimiento de sus hijos, especialmente por los más pequeños. Los comentarios recogidos en la aplicación del instrumento, la experiencia adquirida en años de labores en cárceles y la literatura existente, confirman que el encarcelamiento de las madres tiene una incidencia directa sobre los hijos de las reclusas, entre las cuales, el ingreso al mundo del delito está asociado al desmembramiento de la familia (25).

La salud mental es un aspecto que tiene implicaciones inmediatas y a largo plazo, a menudo evidentes en los altos niveles de ansiedad que puede verse somatizada de distintas maneras. En la aplicación de la prueba de tamizaje se hizo evidente la presencia de ese factor en la mayoría de las mujeres que son madres y, en especial, en aquellas que son cabeza de familia. No obstante, este referente no constituye la única posible explicación de las afectaciones observadas en esa población, sino que conforma una variable de importancia que se mantiene a lo largo de la reclusión.

El nivel educativo observado arroja que el 71.4% de los interesados han cursado entre sexto grado y grado once, con 4.6% que tiene algún nivel de estudio universitario y 7% que no tiene ninguno, contra 58%, 1.2% y 4.8% respectivamente, de la población total carcelaria (15) (Tabla 1). Los rangos obtenidos, además de dar confiabilidad a la muestra, deben ser leídos sin perder de vista que la estadística del INPEC remite a la totalidad de la población privada de la libertad en el medio carcelario a nivel nacional, sin restringirse a los tres establecimientos contemplados en el presente estudio. La variable “educación”, si bien tiene relevancia en la caracterización de la población de interés, no arroja una dependencia significativa con relación al factor “salud mental”.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en la aplicación del *Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)* en establecimientos carcelarios colombianos arrojan conclusiones que, en términos generales, nos permiten confirmar lo hallado en otras latitudes y, de esta manera, dar vía libre para su uso

y aplicación en el territorio nacional, para el beneficio de las personas privadas de la libertad, y la administración de estos centros.

Se presentaron en su desarrollo aspectos de relevancia al igual que ciertas limitaciones propias de nuestra población que ameritan referenciarse, y otras de importancia menor que, a futuro, podrían perfeccionarse por medio del desarrollo de un nuevo ejercicio de la misma naturaleza, ojalá más especializado. Su función sería la de profundizar en el uso del instrumento y en la interpretación de sus resultados.

El ejercicio aquí implementado con la prueba de tamizaje escogida (BJMHS) y su aplicación en el medio carcelario, con el propósito último de apoyar la remisión y la atención de las personas privadas de la libertad en el momento de su llegada a los establecimientos de detención y con dificultades de salud mental, conforma un primer paso para habilitar su uso en el contexto colombiano, con la obligación de realizar a futuro los ajustes pertinentes de haber a lugar para estos. No obstante, cabe plantear algunas sugerencias y recomendaciones para futuros desarrollos:

- Sería deseable poder, en un futuro cercano, garantizar el cruce de los resultados obtenidos en la prueba de tamizaje con la información de salud mental disponible en el INPEC y la USPEC, así como con el SISIEPEC (sistema de información del INPEC), ya que en esta ocasión esta opción no resultó posible. Ello es relevante en la medida en que los sujetos que son recibidos en Primarias en ocasiones son remitidos de otros centros carcelarios, o son reincidentes y podrían tener antecedentes de salud mental documentados en la institución.
- Es necesario ampliar la labor implementada en esta oportunidad en la aplicación de la prueba, por los aspectos hallados de orden cultural. Ello se podría llevar a cabo por medio de la sistematización consecuente de las pruebas aplicadas y de su análisis paralelo. Por ello es importante organizar una ruta de seguimiento en tiempo real a lo largo del territorio nacional.
- A pesar de que el instrumento escogido es de sencilla comprensión y aplicación las fallas observadas en este ejercicio, en tres establecimientos carcelarios colombiano, evidenció la importancia de brindar una orientación básica a quienes lo vayan a aplicar.
- La prueba de tamizaje no debería ser aplicada por estudiantes en práctica en el establecimiento carcelario, ni por integrantes de la guardia, salvo en situaciones particulares sobre las cuales haya control, y garantía de una aplicación adecuada del instrumento. Es de esperar que profesionales de la salud, del comportamiento, o del área social lo puedan realizar aprovechando la entrevista inicial que se le suele hacer a los recién llegados.

- No debe considerarse el uso del BJMHS como instrumento diagnóstico o resolutorio de las dificultades en materia de identificación de trastornos mentales. Ningún filtro es perfecto ni está exento de error. Como toda prueba de esa naturaleza el BJMHS posee un rango de error aceptable que debe considerarse, por lo cual, ocasionalmente, algunas situaciones no serán percibidas, al menos en sus reales dimensiones.
- Es importante considerar que, una vez aceptado para su implementación, para obtener los beneficios de este estándar mínimo, el seguimiento constituye el factor más importante en el manejo al igual que en el tratamiento de las personas identificadas con trastorno mental. Esto implica que una vez exista la sospecha de un trastorno emocional que requiera una evaluación más detallada del detenido, la disponibilidad de un experto se hace prioritaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Para la realización de este estudio no existió ningún tipo de financiación externa a los autores.

Responsabilidades éticas

Confidencialidad de los datos: los autores declaran que han seguido los protocolos establecidos por IMPC, para el desarrollo de la investigación.

Derecho a la privacidad: los autores han obtenido el consentimiento verbal. Se obtuvo aval institucional, este documento obra en poder de los autores de correspondencia referidos en el artículo.

Referencias

- Pilgrim D, Roggers A. Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. JSTOR [Internet]. 2008;13(1):47-49. Recuperado a partir de: <https://www.jstor.org/stable/26751641>
- Álvarez-Correa M, Cadena G. Del timbo al tambo. Salud mental en el sistema carcelario colombiano y política pública. Rev Salud Bosque [Internet]. 2019;9(1):63-83. Recuperado a partir de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1103081>
- Álvarez-Correa M, Romero A, Pulgarín F, Romero M. El valor del delito. Sistema Penal Acusatorio: ¿Cuánto nos cuesta? Política Pública y Praxis. Procuraduría General de la Nación [Internet] Colombia;2017. Recuperado a partir de: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/politica-criminal/Biblioteca%20Politica%20criminal/224009%20-%20EI%20Valor%20del%20Delito.pdf>
- Teplin LA. Detecting Disorder: The Treatment of Mental Illness Among Jail Detainees. J Consult Clin Psychol [Internet]. 1990;58(2):233-6. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.2.233>
- Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2014;16:38-47. doi: <https://doi.org/10.4321/S1575-06202014000200003>
- Alarcón-Robayo JF, Martínez-Casallas L, Samir-Sánchez M, Valderrama-Mendoza JS, Bados-Enriquez DM, Jiménez-Canizales CE. Prevalencia de tuberculosis pulmonar en población privada de la libertad de 10 centros penitenciarios en Colombia, 2013. Acta Méd Peru [Internet]. 2016;33(3):202-7. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300006
- Posada-Villa JA. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Rev Col Reh [Internet]. 2006;5(5):21-33. doi: <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v5.n1.2018.277>
- Gómez-Restrepo C, de-Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo-Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia, 2015. Protocolo del estudio. Rev Colomb Psiquiat [Internet]. 2016;45(S1):2-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007>
- James DJ, Glaze LE. Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates. Special Report. Bureau of Justice Statistics [Internet]. 2006;213600. Recuperado a partir de: <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>
- Prins SJ, Draper L. Improving Outcomes for People with Mental Illnesses under Community Corrections Supervision: A Guide to Research-Informed Policy and Practice. CSG Justice Center The Council of State Governments [Internet]. New York;2009. Recuperado a partir de: <https://csgjusticecenter.org/publications/improving-outcomes-for-people-with-mental-illnesses-under-community-corrections-supervision-a-guide-to-research-informed-policy-and-practice/>
- Walmsley R. World Prison Population List, eleventh edition. World Prison Brief [Internet]. London: Institute for Criminal Policy Research; 2015. Recuperado a partir de: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf

12. Guillou R. Detenidos en Colombia, entre la falta de servicios de salud y el hacinamiento [Internet]. Comité Internacional de la Cruz Roja;16 de mayo de 2017. Recuperado a partir de: <https://www.icrc.org/es/document/detenidos-de-colombia-entre-la-falta-de-servicios-de-salud-y-el-hacinamiento>
13. Ministerio de Justicia y del Derecho. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población penitenciaria y carcelaria en Colombia [Internet]. Colombia;2016. Recuperado a partir de: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Informe%20estudio%20consumo%20Poblaci%C3%B3n%20Penitenciaria.pdf>
14. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction* [Internet]. 2017;112(10):1725-39. doi: <https://doi.org/10.1111/add.13877>
15. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Estadísticas [Internet]. INPEC;2020. Recuperado a partir de: https://www.inpec.gov.co/web/guest/estad%C3%A9sticas?p_l_back_url=https%3A%2F%2Fwww.inpec.gov.co%2F
16. Larrotta-Castillo R, Rangel-Noriega KJ, Luzardo-Bricenó M, Gómez-Muñoz N, Redondo-Pacheco J. Consumo de sustancias psicoactivas antes y después del ingreso a prisión en catorce centros carcelarios de Colombia. *Rev Colomb Cienc Soc* [Internet]. 2017;8(1). doi: <https://doi.org/10.21501/22161201.1900>
17. Mundt AP, Baranyi G, Gabrysch C, Fazel S. Substance Use During Imprisonment in Low- and Middle-Income Countries. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2018;40:70-81. doi: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx016>
18. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2014 [Internet]. UNODC;2014. Recuperado a partir de: http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
19. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017;4(12):946-52. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3)
20. Martin MS, Colman I, Simpson AI, McKenzie K. Mental health screening tools in correctional institutions: A systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013;13(1):275. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-275>
21. Callahan LA, Noether CD. Brief jail mental health screen utilization in US jails. *J Forensic Med Forecast* [Internet]. 2018;1:1006. Recuperado a partir de: <https://scienceforecasto.com/Articles/JFMF-V1-E1-1006.pdf>
22. Ford J, Trestman RL. Evidence-based Enhancement of the Detection, Prevention, and Treatment of Mental Illness in the Connecticut Correction Systems, 2003 (ICPSR 26861). ICPSR [Internet]. 2016;26861. Recuperado a partir de: <https://www.icpsr.umich.edu/web/NACJD/studies/26861/export>
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Bogotá;1993. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
24. Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia. Ley 1709 de 2014 [Internet]. Bogotá;2014. Recuperado a partir de: <https://scj.gov.co/es/transparencia/marco-legal/normatividad/ley-1709-2014>
25. Aguilera-Reija M. Mujeres en prisiones españolas. *Crítica* [Internet]. 2011;61(973):44-48. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3667859>
26. García A. Panorama de la situación de las mujeres privadas de libertad en América Latina desde una perspectiva de género. En, *Violencia contra las mujeres privadas de libertad en América Latina. Memorias del seminario-taller. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), Fundación para el Debido Proceso Legal (DPLF) y Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos A.C. (CMDPDH)*. [Internet]. 2003;42-57. Recuperado a partir de: https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/7_violencia/19.pdf
27. Aristizábal ET, Ríos-García AL, del Pozo-Serrano FJ. Salud mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016). *Salud Uninorte* [Internet]. 2016;32:256-67. doi: <https://doi.org/10.14482/sun.32.2.8831>
28. van't Hoff G, de Loeff J, Latooi H. Asistencia de los reclusos con problemas de salud mental en Holanda. *Rev Esp Sanid Penit* [Internet]. 2009;11(1):35-41. doi: <https://doi.org/10.4321/S1575-06202009000100005>
29. Staedman HJ, Clark-Robbins P, Islam T, Osher FC. Revalidating the Brief Jail Mental Health Screen to Increase Accuracy in Women. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2007;58(12):1598-1601. doi: <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.12.1598>
30. Zotolla SA, Desmarais SL, Neupert SD, Dong L, Laber E, Lowder EM, et al. Results of the Brief Jail Mental Health Screen Across Repeated Jail Bookings. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2019;70(11):1006-1012. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800377>