



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons  
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

## FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

### SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y PRÁCTICAS RELIGIOSAS EN INTERNAS POR DELITOS COMUNES DE UN PENAL DE LIMA

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología  
con mención en Psicología Clínica que presenta la

Bachiller:

ANA FIORELLA DASSO VASSALLO

Asesor: CARLOS IBERICO

LIMA-PERÚ  
2010



## AGRADECIMIENTOS

Ante todo quisiera agradecer a mis padres por todo el apoyo y comprensión que tuvieron conmigo durante el tiempo que me tomó realizar esta investigación y sobre todo por el tiempo y dedicación que me dieron durante toda mi carrera.

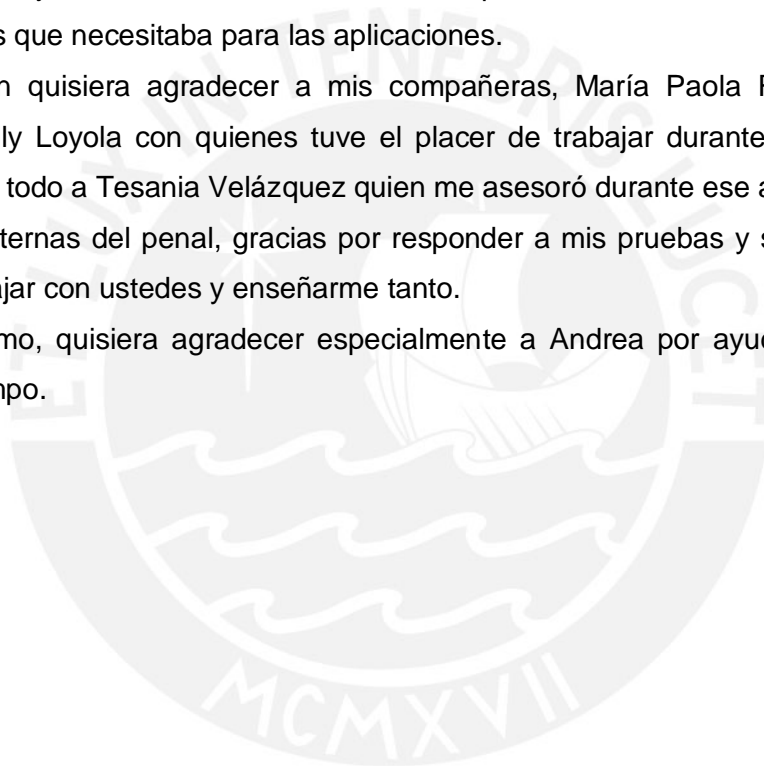
Quisiera agradecer también a mis dos asesores, Carlos Iberico y Roxana Morote, por todo el tiempo que dedicaron a mi trabajo, por sus comentarios, paciencia y persistencia.

A las Doctoras Betzabeth Guillén y Raquel Diaz, que fueron un ejemplo durante el año que trabajé con ellas en el establecimiento penitenciario. Además de brindarme las facilidades que necesitaba para las aplicaciones.

También quisiera agradecer a mis compañeras, María Paola Resta, Marisut Guimet y Nelly Loyola con quienes tuve el placer de trabajar durante un año en el penal y sobre todo a Tesania Velázquez quien me asesoró durante ese año.

A las internas del penal, gracias por responder a mis pruebas y sobre todo por dejarme trabajar con ustedes y enseñarme tanto.

Por ultimo, quisiera agradecer especialmente a Andrea por ayudarme durante todo este tiempo.





## RESUMEN

### **Sintomatología depresiva y prácticas religiosas en internas por delitos comunes de una cárcel de Lima**

Esta investigación describe la sintomatología depresiva y las prácticas religiosas y busca una posible relación entre ambas variables en internas del penal de mujeres de máxima seguridad de Lima. Esta investigación es de tipo cuantitativa, exploratoria y con elementos correlacionales. Para esto se aplicaron dos pruebas, el inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, 2006) y una adaptación al contexto penitenciario de la Escala de Prácticas Religiosas (Hamann, 2003). Los participantes de esta investigación fueron 51 internas por delitos comunes de un establecimiento penitenciario, el muestreo fue aleatorio. Se encontró niveles bajos en la variable sintomatología depresiva y niveles altos en la variable prácticas religiosas. No se encontró correlación significativa entre ambas variables; sin embargo, si se encontró relación entre algunas prácticas religiosas, “Me comporto como Dios espera que lo haga” Leo la Biblia” y “Canto a Dios como forma de oración” y la sintomatología depresiva.

*Palabras Clave:* Depresión, Sintomatología depresiva, religiosidad, prácticas religiosas, cárceles, mujeres.

## ABSTRACT

### **Depressive symptoms and religious practices among inmates that committed common felonies in a maximum security facility in Lima**

This study describes the depressive symptoms and the religious practices and searches for the possible relationship between both variables among inmates of the maximum security penitentiary for women in Lima. This is a quantitative and exploratory study with correlational elements. For this aim two test were applied, the Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck, 2006) and a adaptation for the penitentiary context of the Religious Practices Scale (Hamann, 2003). The participants were 51 inmates who committed common felonies of a penitentiary, random sampling was used. Low levels of depressive symptoms were found and high levels of religious practices. No significant correlation was found between the two variables, how ever significant correlation was found between three of the religious practices and the depressive symptoms, this were “I behave as god intended me to”, “I read the Bible” and “I sing to god as a prayer”.

*Key Words:* Depression, Depressive symptoms, religiousness, religious practice, prisons, women.



## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I: Relación entre sintomatología depresiva y prácticas religiosas en el contexto penitenciario	1
Salud mental y depresión en el contexto penitenciario peruano	1
Sintomatología Depresiva	2
Sintomatología depresiva en internas penitenciarias	5
Teoría de Beck y su método de evaluación	6
La psicología de la religiosidad en el campo clínico	10
Prácticas religiosas en el Perú actual	12
Prácticas religiosas en las cárceles	14
Controversias en la relación entre sintomatología depresiva y prácticas religiosas en el contexto penitenciario	15
Planteamiento del problema	16
Objetivos de Estudio	18
CAPÍTULO II: Metodología	19
Tipo y Diseño de Investigación	19
Participantes	19
Instrumentos	21
Ficha de datos	21
Escala de Prácticas religiosas	21
Inventario de depresión de Beck (BDI-II)	22
Procedimiento	22
CAPÍTULO III: Resultados	25
CAPÍTULO IV: Discusión	30
Confiabilidad de los instrumentos	30
Características de la muestra	31
Prácticas Religiosas	31
Sintomatología depresiva	35
Relación entre variables	39
Limitaciones del estudio	40
Lineamientos para futuras investigaciones	41



REFERENCIAS

ANEXOS

- A Ficha de datos
- B Escala de Prácticas Religiosas
- C Consentimiento informado



## INTRODUCCIÓN

Los temas investigados en este trabajo son las prácticas religiosas y la sintomatología depresiva en internas penitenciarias de un penal de máxima seguridad de Lima. Asimismo se busca la posible relación entre ambas variables.

Los trastornos depresivos son un problema importante en la salud mental de las personas en centros de reclusión y más aun en el caso de las mujeres encarceladas. Según el Centro de Estudios Penitenciarios y Criminológicos (CENECP, 2007) el 15.71% de la población penitenciaria peruana sufre de algún trastorno depresivo y casi el 70% de todos los internos posee algún tipo de sintomatología depresiva. Esta cifra es bastante mayor a lo encontrado en población libre, 1% (APA, 2002), y resulta preocupante tomando en cuenta la escasez de recursos de los que se disponen para tratar los problemas de salud mental dentro de los establecimientos penitenciarios peruanos. En el caso particular del centro de reclusión donde se realizó la investigación, no existe ningún psiquiatra a disposición y solo hay tres psicólogos para una población de 200 internas aproximadamente.

Es importante también mencionar lo poco que se investiga la salud mental de esta población, en el Perú solo se tienen los datos que el CENECP proporciona, además de algunas tesis de licenciatura (Valdez, 2010). En otros países hay más estudios (Binswanger, Merrill, Krueger, White & Elmore, 2010; Munetz, Grande & Chambers, 2001; Steadman, Osher, Clark, Robbins, Case & Samuels, 2009; entre otros) la mayoría habiéndose realizado en Estados Unidos.

Por otra parte, la religión pudiese ser un factor de protección en especial en esta población donde escasean. En algunas investigaciones se ha encontrado que esta tiene un efecto protector en la salud mental (Miller & Kelley, 2005) y es fuente de soporte emocional (Kornuzco, 2003). Esto es de particular importancia en el caso de las mujeres que muestran niveles más altos de interés por el tema (Levitt & Booker Loper, 2009). A pesar de ello hay grandes controversias en este tema pues también se ha encontrado que algunas religiones, entre ellas el cristianismo, la más común entre las internas penitenciarias peruanas, pueden contribuir a la presentación de patologías (Brama, Beekman, Knipscher & Deeg, 1998).

Sin embargo, no se debe dejar de mencionar la dificultad en el estudio de la religión desde el campo clínico, puesto que la relación entre salud mental y religiosidad es sumamente compleja y abarca muchos componentes tanto de la religión como de la salud mental, por lo que es imposible hablar de causalidad (Miller & Kelley, 2005). En esta investigación en particular se estudian las prácticas religiosas que son el componente comportamental de la religiosidad y abarcan un gran número de rituales

que para las personas religiosas son una forma de practicar su fe llena de significado (Idler & George, 1998).

En esta población en particular, las internas de un establecimiento penitenciario de mujeres en Lima, la religiosidad podría ser una alternativa a tomar en consideración para ayudarlas a combatir sus problemas emocionales debido a que, como ya se mencionó, los recursos son limitados y el personal especializado también. Esto cobra aun más importancia en el Perú, un país donde el 69% de la población considera que Dios es una parte importante de sus vidas (Norris & Inglehart, 2009). Además, es también importante resaltar que en el establecimiento penitenciario donde se realizó esta investigación hay diversos grupos de voluntarios religiosos que asisten regularmente al penal con la finalidad de ayudar a las internas.

Al trabajar con una población penitenciaria es importante tener en cuenta los aspectos éticos. Si bien una devolución personal no fue posible, si se hizo una devolución a la institución donde se realizó esta investigación con la finalidad de que esta pueda servir a las personas que trabajan con las internas.

En el primer capítulo se presentan los aspectos más relevantes de la depresión, la sintomatología depresiva, el método de evaluación de Beck y la teoría detrás de éste. Además, se hace una breve descripción de la religiosidad desde el campo clínico, las practicas religiosas más comunes en el Perú y en especial en los penales, así como también la relación entre ambas variables tanto fuera como dentro de los centro de reclusión.

En el segundo capítulo se detalla la metodología utilizada, poniendo un énfasis especial en la descripción de las características más resaltantes de la muestra de estudio, el procedimiento utilizado y los instrumentos de medición.

En el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos y finalmente, en el último capítulo estos se discuten tomando en cuenta los aspectos teóricos más relevantes.

## CAPÍTULO I

### Relación entre sintomatología depresiva y prácticas religiosas en el contexto penitenciario

#### *Salud mental y depresión en el contexto penitenciario peruano*

La salud mental en el sistema penitenciario peruano es un tema poco investigado. En el 2007, el Centro de Estudios Penitenciarios y Criminológicos (CENECP) hizo un diagnóstico sobre la salud mental de los internos. Esta información no hace diferencias por sexos, es decir, no especifica las características propias de las patologías en las mujeres internas.

Según este estudio, del total de los internos de los establecimientos penitenciarios peruanos el 19.93% ha sido diagnosticado con algún trastorno psicológico y el 15.71% del total ha sido diagnosticado con depresión en contraposición al 1% en población normal (APA, 2002) lo que significa que este es el trastorno que se encuentra presente con mayor frecuencia en esta población (CENECP, 2007). En un estudio realizado en penales de Estados Unidos se encontró que la depresión es bastante más frecuente en mujeres encarceladas mientras que los hombres suelen presentar con mayor frecuencia problemas con el abuso de sustancias (Binswanger, Merrill, Krueger, White, Booth & Elmore, 2010). Todos los demás trastornos tienen porcentajes bastante menores. Sin embargo, no todos los trastornos psiquiátricos, son debidamente diagnosticados y por lo tanto la mayoría de los internos no reciben tratamiento farmacológico (CENECP, 2007).

Estos resultados son similares a los encontrados en otros países, en Estados Unidos se encontró que el 14.5% de los varones y el 31% de las mujeres en los penales sufre de algún trastorno mental grave (Steadman, Osher, Clark, Robbins, Case & Samuels, 2009)

Los problemas de salud mental más frecuentes en la población penitenciaria son los relacionados al consumo de sustancias, siendo que el 50.89% de la población penitenciaria consume drogas y el 64.8% consume alcohol (CENECP, 2007). Las drogas en los establecimientos penitenciarios son un problema de suma importancia no sólo por la gran prevalencia del consumo de estas sustancias sino también por la gran cantidad de internos cuyo delito es el tráfico ilícito de drogas (CENECP, 2007). El

abuso de drogas y alcohol no es únicamente un problema de los establecimientos penitenciarios peruanos. En un estudio realizado en Estados Unidos, se encontró que en el 70% de los casos estudiados, el abuso de sustancias fue un problema activo durante el año previo a la encarcelación y en 67.9% de los casos el crimen, que llevó a la detención, estaba relacionado al consumo de drogas (Munetz, Grande, Chambers, 2001)

Los trastornos de personalidad también están frecuentemente presentes en los penales peruanos. De estos, los de mayor prevalencia son el trastorno de personalidad antisocial, que alcanza al 24% del total de la población y el disocial que se encuentra en el 21% de los casos. Los demás trastornos de personalidad se hallan presentes en un porcentaje más bajo (CENECP, 2007).

Es importante también resaltar que una gran cantidad de internos poseen síntomas de trastornos psicológicos sin llegar a tener un diagnóstico del síndrome. En el caso de la depresión, el 70% de la población interna presenta sintomatología depresiva. Otras sintomatologías presentes con gran frecuencia son las relacionadas con trastornos sicóticos, las somatizaciones, los síntomas de algún cuadro ansioso y las obsesiones (CENECP, 2007).

### *Sintomatología Depresiva*

Para definir la sintomatología depresiva, primero se debe notar que hay una gran diferencia entre un trastorno depresivo mayor y la tristeza normal. Bowlby (1980) afirma que hay una gran diferencia entre las personas temporalmente tristes y aquellas que presentan un trastorno depresivo mayor, el hecho de tener algunos síntomas, no significa padecer de un trastorno.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) uno de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor es la presencia de un episodio depresivo mayor. Este episodio está caracterizado por un sentimiento profundo de tristeza que genera la pérdida de interés y de placer en las actividades normales. Por otro lado, la sintomatología depresiva es la presencia de algunos de los síntomas sin llegar a presentar el trastorno propiamente dicho. Esto para Bowlby (1980) significaría que la persona, aún sintiendo una profunda tristeza, no ha perdido el contacto con el mundo externo.

Los síntomas que constituyen el episodio depresivo mayor son 9, según el DSM-IV-TR (APA, 2002) y afectan las cuatro áreas de funcionamiento, afectiva, cognitiva, comportamental y fisiológico (Ainsworth, 2000). Es importante resaltar que



cuando más áreas del funcionamiento se encuentran comprometidas por el trastorno, más severa es su presentación (Mondimore, 2006)

El primer síntoma citado en el DSM-IV-TR (APA, 2002) es el estado de ánimo depresivo. El ánimo describe un conjunto de sentimientos tanto psicológicos como fisiológicos que afectan el comportamiento global de la persona (Mondimore, 2006). El estado de ánimo depresivo se entiende, según Dio Bleichmar (1991), como un estado triste, ansioso y vacío, con variaciones a lo largo del día. En la mujer se puede reflejar en la pérdida de interés en el propio estado físico. Los pacientes suelen describir lo que sienten como un sentimiento de profunda tristeza (Stirling & Hellwell, 1999); otros autores como Ainsworth (2000) afirman que los pacientes suelen sentir ansiedad, pesimismo, minusvalía y desesperanza. Al respecto McWilliams (1994) explica que la tristeza en la depresión se debe a un sentimiento de injusticia que no se atribuye al mundo externo sino más bien al sí mismo.

El desinterés en las actividades cotidianas se presenta también como una pérdida del placer en estas actividades, este es el segundo síntoma descrito por APA (2002). Dio Bleichmar (1991) describe este síntoma como una “anestesia emocional” puesto que se presenta una desgana generalizada. Este síntoma puede explicarse como una falta de reactividad en el estado de ánimo, la persona está tan deprimida que su estado de ánimo no reacciona a los estímulos del ambiente (Mondimore, 2006).

Por otra parte, para Stirling y Hellwell (1999), los sentimientos de culpa se deben a que el paciente piensa constantemente en los errores, reales o no, que cometió en el pasado. Esta es una característica fundamental de los pacientes con depresión, revivir los errores del pasado sacándolos de proporción, incluso aquellos que parecían resueltos (Mondimore, 2006). APA (2002), considera la inutilidad y la culpa inapropiadas como otro síntoma de la depresión. Además éstas pueden ser excesivas e incluso delirantes. Esto no es poco frecuente, según reporta Ainsworth (2000), entre el 10 y 25% de los pacientes hospitalizados por depresión severa presenta ideas psicóticas, esto es de mayor importancia aún en pacientes ancianos.

El siguiente síntoma es la ideación suicida, con o sin un plan específico para el suicidio, que para APA (2002) se pueden presentar también como pensamientos recurrentes de muerte. La idea de un paciente de que el mundo estaría mejor si este muriese, es también considerada como ideación suicida (Stirling & Hellwell, 1999). Según Ainsworth (2000), entre el 15 y el 30% de personas con depresión severa mueren por suicidio. Las mujeres tienen mayor posibilidad de intentar suicidarse, pero los hombres tienen mayor posibilidad de lograrlo; sin embargo, sólo uno de cada siete

intentos de suicidio termina con la muerte. Las personas con intentos de suicidio fallidos tienen mayor posibilidad de volverlo a intentar y aún mayor posibilidad de lograrlo. Dio Bleichmar (1991) describe un atentado parcial contra la vida al cual llama “suicidio histérico”, por tener un carácter teatral. Este implica un intento de acabar con la vida pero que no llega a ser serio. Un ejemplo de esto es tomar muchas pastillas pero no las suficientes para acabar con la vida, hacer cortes superficiales cerca de las venas, entre otros.

Además de estos síntomas el DSM-IV-TR (APA, 2002) incluye cinco más que se relacionan al funcionamiento fisiológico, estos también se conocen como síntomas vegetativos (Mondimore, 2006). El primero de estos es el insomnio o hipersomnio, según sea el caso. Los pacientes deprimidos aún si sufren de hipersomnio suelen referir que su sueño no ha sido reparador y por lo tanto necesitan dormir más (Ainsworth, 2000). Otro síntoma fisiológico es la pérdida o aumento involuntario de peso. Esta misma autora refiere que las personas que sufren de hipersomnio suelen tener mayor apetito cuando se ven afectadas por este trastorno.

La fatiga o pérdida de energía es otro de los síntomas vegetativos descritos por APA (2002). Este síntoma se puede observar en una voz monótona y en movimientos lentos que son consecuencia de la falta de deseo generada por la apatía. Esto puede generar fracasos laborales, académicos, de relaciones interpersonales, entre otros, lo que trae consigo otro síntoma, el sentimiento de inutilidad y culpa (Dio Bleichmar 1991).

La agitación o enlentecimiento psicomotor y la pérdida de la capacidad para concentrarse y pensar son los dos últimos síntomas descritos en el DSM-IV-TR (APA, 2002). Estos se deben a que en fases avanzadas del trastorno, según Ainsworth (2000), la actividad cognitiva del cerebro se ve afectada. Esta pérdida se puede reflejar en la forma como un paciente se expresa: su discurso es monótono y lento, incluso los movimientos del paciente son lentos (Stirling & Hellwell, 1999).

Es importante resaltar que las personas con este trastorno son más propensas a abusar de las drogas y el alcohol. Las personas deprimidas que consumen drogas tienen mayor riesgo de cometer suicidio que el resto (Ainsworth, 2000). Esto es de particular importancia para esta investigación debido a que en el contexto penitenciario el consumo de drogas y alcohol es un problema constante.

Dio Bleichmar (1991) describe, además de los síntomas que encontramos en el DSM-IV-TR (APA, 2002), otros que se encuentran en lo que ella describe como “depresiones enmascaradas”. Estos síntomas son: los problemas en la vida de pareja

(esto no se da en todos los casos pero podría indicar la presencia de un trastorno depresivo); las dificultades sexuales; los problemas en las relaciones interpersonales y los síntomas físicos, como las cefaleas y otras formas de somatización. Muchas veces en la depresión, dolencias físicas que de otra manera pasarían desapercibidas son sentidas como muy graves (Mondimore, 2006).

### *Sintomatología depresiva en internas penitenciarias*

El tema de la sintomatología depresiva en internas penitenciarias ha sido poco estudiado, esto es causado, según Palmer y Connelly (2005), porque las personas con depresión no suelen estar dispuestas a cooperar con las investigaciones que se llevan a cabo en los establecimientos penitenciarios.

No obstante se sabe que los encarcelamientos prolongados comprometen la salud mental de las personas que los sufre (Birmingham, 2004). Esto se debe a que estas experiencias se caracterizan por la exclusión que, unida a la idea de permanecer en ese estado, tienen un impacto negativo en el estado de ánimo. (Murdoc, Morris & Holmes, 2008). El impacto negativo del encarcelamiento en la vida de los prisioneros es visible también, puesto que este grupo presenta un mayor porcentaje de heridas autoinflingidas, intentos de suicidio y suicidios, que el resto de la población (Liebling, 1993). Además esto suele ocurrir en los primeros días de encarcelamiento ya que es en estos momentos que la persona sufre con mayor intensidad sus efectos estresantes, los cambios en su vida familiar y la adaptación al ambiente de la prisión. Los efectos negativos del encarcelamiento están presentes también en las mujeres peruanas, según Borja, Aguado y Urquiza (2006), las internas suelen sufrir cuadros de ansiedad y depresión como consecuencia de este.

El encarcelamiento para las mujeres significa no sólo la privación de la libertad, sino también la separación de la familia, la imposibilidad de cuidar a los hijos, la carencia afectiva, el estancamiento del desarrollo familiar y el deterioro de la salud, en muchos caso, esto afecta gravemente el estado emocional de las internas, lo que puede llevar a distintos trastornos entre ellos la depresión (Borja, Aguado & Urquiza, 2006).

Por otra parte, se sabe que los prisioneros con bajos niveles cognitivos suelen tener niveles más altos de depresión (Murdoc, Morris & Holmes, 2008). Esto es de particular interés para esta investigación puesto que la gran mayoría de las internas tienen niveles educativos elementales (Borja, Aguado & Urquiza, 2006).



### Teoría de Beck y su método de evaluación

Beck desarrolló la terapia cognitiva que es un alcance directivo, activo, estructurado y limitado por el tiempo desde el cual se puede estudiar y tratar diversos problemas de salud mental, entre estos la depresión (Beck, 1979). Este modelo sugiere que hay una fuerte relación entre los eventos que vive una persona, su conducta y su estado emocional. Los modelos cognitivos, y por ende la teoría de Beck sobre la depresión, enfatizan la importancia de la forma en que se procesa la información como causa de este trastorno (Vázquez-Barquero, 2008).

El modelo de Beck sobre la depresión plantea una cadena de elementos causales, como se presenta a continuación (Vázquez-Barquero, 2008). En este, es importante resaltar tres elementos fundamentales para entender la depresión, estos son los esquemas cognitivos, los sesgos cognitivos (también conocidos como errores de procesamiento) y la tríada cognitiva (Beck, 1979).

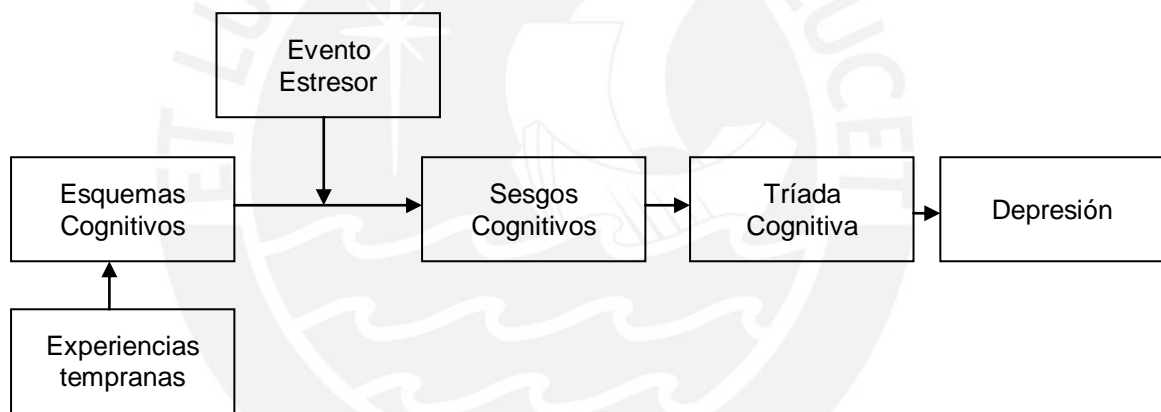


Grafico 1. (Fuente: J.L. Vázquez-Barquero, 2008, p. 23 adaptado)

A continuación se describirán detalladamente todos los elementos del gráfico. El primer elemento son las experiencias tempranas, estas forman los sistemas cognitivos sobre los cuales se interpretará la realidad. Las experiencias tempranas se generan en la infancia y serán activadas a lo largo de toda la vida de la persona. Los niños elaboran sus creencias a partir de la interacción con el mundo, en especial con personas significativas (Beiling & Segal, 2004).

El segundo elemento del gráfico son los esquemas cognitivos. El procesamiento de la información resulta fundamental para la supervivencia de un organismo, la información que se recibe del ambiente es tanta que, sin un adecuado filtro, no se podría focalizar la atención a los estímulos más relevantes. Esta información es procesada por estructuras que dan sentido. El resultado de este

proceso es una interpretación particular de cada individuo. Estos filtros son los esquemas (Beiling & Segal, 2004).

Sin embargo, un esquema es más que un filtro, Beck (1979) afirma que estos son la base sobre la cual se seleccionan, se diferencian y se codifican los estímulos. Estos son los elementos básicos de la representación interna del significado. La importancia del esquema está dada por el grado de interrelación que tiene con otros esquemas. Otra manera de entender los esquemas es verlos como planes mentales abstractos que sirven de guía para el comportamiento. Cada persona tiene un gran número de esquemas que usa a diario para procesar la información que llega del ambiente (Curwen, Palmer & Ruddell, 2000).

Hay diversos esquemas y se evalúa cada situación usando un complejo número de estos. Además son los responsables de cómo responde la persona frente a las diversas situaciones. En la depresión, la conceptualización del paciente es distorsionada, de tal manera que puede encajar con sus esquemas disfuncionales. Estas distorsiones se acentúan cuando la depresión es más grave puesto que los esquemas disfuncionales tienden a dominar todo el pensamiento del sujeto (Beck, 1979).

Clark y Beck (1999) clasifican los esquemas de dos formas distintas, en base a su grado de interrelación con otros esquemas y en base al tema sobre el cual hacen referencias.

Según la primera clasificación hay tres tipos de esquemas, los pensamientos automáticos que contienen la mayoría de las creencias compartidas del ambiente y de nosotros mismo son el primer tipo. En el caso de la depresión, estos no tienen un valor fundamental en la aparición del trastorno puesto que no contienen metas personales. El segundo tipo de esquemas son las creencias intermedias, y suelen presentarse en forma de reglas con las que las personas se evalúan tanto a sí mismas como a los demás. Estos a diferencia de los primeros son mucho menos concretos, más personales y son generalizables a muchas circunstancias. Por su característica muy personal, las creencias intermedias juegan un papel importante en la aparición del trastorno depresivo. El último tipo de esquemas según esta clasificación son las creencias nucleares, estas suelen ser sumamente generales y se refieren al self, además suelen ser polarizadas. Las creencias nucleares por referirse al self también juegan un papel fundamental en la aparición de un trastorno depresivo. (Clark & Beck, 1999)

Según el segundo tipo de clasificación propuesta por Clark y Beck (1999) hay cinco tipos de esquemas. El primero son los esquemas cognitivo-conductuales. Estos se encargan del procesamiento de la información. En lo que se refiere a las creencias intermedias y las creencias nucleares, los esquemas cognitivo-conductuales incluyen las representaciones del self, las metas futuras y los valores. Por esta razón para la teoría cognitiva de la depresión, este tipo de esquemas juegan un rol de particular importancia. El segundo tipo de esquemas son los afectivos, estos se encargan de la percepción de los diversos estados afectivos. La activación de estos esquemas es lo que permite la experiencia afectiva en sí. El tercer tipo de esquemas, son los fisiológicos, estos son bastante más rudimentarios y se encargan de interpretar los estímulos provenientes de las vísceras y la musculatura. Usualmente estos esquemas suelen pasar desapercibidos. Luego se describen los esquemas conductuales, estos son la representación de los códigos de respuesta y las actitudes de alerta que permiten las diversas respuestas motoras inmediatas y coordinadas. El último tipo de esquemas son los motivacionales, estos pueden ser similares a los conductuales debido a que muchos de ellos son impulsos automáticos e involuntarios. Sin embargo, otros esquemas motivacionales hacen referencia a las metas más personales

En general, en individuos deprimidos los esquemas están orientados negativamente, tanto en el procesamiento como en el tono con el que se evalúa la realidad, lo que genera emociones negativas y problemas de conducta. Las personas deprimidas; sin embargo, no interpretan erradamente toda la realidad, sino que tienden a encontrar en el ambiente una mayor cantidad de información que valida sus sentimientos de inadecuación (Beiling & Segal, 2004).

El tercer elemento del gráfico es el evento estresor, este es un acontecimiento crítico que activa los esquemas disfuncionales ya presentes y desencadenará el trastorno (Vázquez-Barquero, 2008). Clark y Beck (1999), entienden este evento como una sensación de pérdida de recursos personales.

El cuarto elemento del gráfico son los sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas. Según Beck (1979), son errores sistemáticos en el pensamiento que mantienen y validan los pensamientos negativos que tiene la persona deprimida, a pesar de la evidencia contradictoria. Son formas primitivas de conceptualizar la realidad, puesto que tienden a hacer juicios generales, negativos, categóricos y absolutistas, en contraste a una visión más madura de la realidad, en donde las situaciones de la vida son integradas basándose en la calidad de las mismas, más que en la cantidad de ellas. Esta forma esquemática de entender la realidad lleva al

paciente a definir sus experiencias como deprivaciones totales e irreversibles, lo que los lleva a tener la mirada pesimista que los caracteriza.

Cada persona tiende a usar predominantemente un grupo de estos posea o no un trastorno psicológico (Curwen, Palmer & Ruddell, 2000). Beck (1979) reconoce que en la depresión son seis los pensamientos distorsionados presentes. La interferencia arbitraria, que es llegar a una conclusión específica sin fundamentos necesarios o inclusive con evidencia contradictoria; la abstracción selectiva, que es la focalización desproporcionada en un sólo detalle que tiene como consecuencia la conceptualización de la realidad en base a una mirada sesgada; la sobregeneralización, que se refiere a la creación de reglas generales en base a uno o más incidentes aislados y extrapolar esas conclusiones a otros contextos; la magnificación y minimización, que son errores en la evaluación de la magnitud de un evento; la personalización que es la tendencia a relacionar con uno mismo eventos externos; y por último el absolutismo o pensamiento dicotómico que está referido a la tendencia a evaluar las experiencias en polos de un mismo continuo.

Otros autores reconocen más pensamientos distorsionados en las personas deprimidas, Curwen, Palmer y Ruddell (2000) afirman que además de los ya mencionados las personas deprimidas suelen usar la catastrofización que es la tendencia a pensar que algo negativo va a ocurrir; el pensamiento emocional que se refiere a la tendencia a sacar conclusiones lógicas basándose en las emociones; las declaraciones de tipo debería...; la negación de lo positivo y el creer que pueden predecir el futuro y leer la mente de los otros.

El último elemento del gráfico es la tríada cognitiva, esta incluye patrones de pensamientos distorsionados basados en los sentimientos de pérdida y de deprivación que se generan puesto que las personas deprimidas interpretan estímulos ambiguos, que pasarían inadvertidos en personas sin depresión, como la confirmación de su desvalía. La frecuencia más alta de pensamientos negativos caracteriza a la persona deprimida; sin embargo, esto no significa que estas personas no presenten pensamientos positivos, pero los negativos suelen ser el doble de estos (Beiling & Segal, 2004)

Estos tres patrones de pensamiento distorsionado que conforman la tríada cognitiva incluyen: los pensamientos relacionados a uno mismo, a las propias experiencias y al futuro. El primer componente de esta tríada es aquel que se refiere a la mirada negativa del paciente sobre sí mismo. La persona con depresión suele criticarse en exceso y pensar que, por sus propios defectos, es poco apreciado y no

merecedor de afecto (Beck, 1979). En ciertas ocasiones se puede observar que las personas deprimidas no siempre interpretan mal la realidad, muchas de las interpretaciones que hacen sobre sus propias características negativas pueden ser incluso más acertadas que las de personas sin este trastorno. Esto se conoce como realismo depresivo (Beiling & Segal, 2004).

El segundo componente de la tríada es la tendencia de la persona deprimida a interpretar la realidad de una manera negativa, es decir, a desvalorizar sus propias experiencias. La persona deprimida tiende a sentir que el mundo es demasiado exigente. También encuentra explicaciones negativas sobre los acontecimientos que le ocurren sin tener suficiente información y habiendo explicaciones alternativas más reales (Beck, 1979).

El tercer componente de la tríada cognitiva, es la mirada negativa de la persona deprimida hacia el futuro. Cuando una persona con este trastorno planifica su futuro, tiende a esperar más frustraciones y dificultades que una persona sin él. Por esta razón el paciente deprimido, cuando se encamina en una tarea, espera fallar (Beck, 1979).

Beck (1979) y con mayor detalle McCullough (2000) comparan el pensamiento de un adulto deprimido con el pensamiento de un niño normal, usando la teoría de Piaget (1970). Las personas deprimidas tienen una visión general del mundo bastante primitiva, que se refleja en como ellas resuelven los problemas. El pensamiento de las personas severamente deprimidas es similar al de un niño en el estadio preoperacional de Piaget que va desde los dos hasta los siete años. Esto se debe a que ambos grupos usan pensamientos globales, además el proceso de sus pensamientos no está influenciado por la lógica ni la razón. Otra similitud entre ambos grupos es el egocentrismo característico del pensamiento depresivo. Además se encuentra que los monólogos son las formas más comunes de lenguaje en estos grupos. Otra característica de ambos es la falta de empatía que se relaciona con el egocentrismo. La última semejanza entre estos es el escaso control de emociones en ocasiones de gran estrés. Por esta razón Beck (1979) describe el pensamiento de una persona deprimida como primitivo.

### *La psicología de la religiosidad en el campo clínico*

Para comenzar a entender la relación entre la religiosidad y salud mental se debe entender que esta no es una relación unidireccional, sino que es sumamente compleja por que varía para cada una de los muchos elementos que incluye la salud



mental. Además se debe entender que buscar la causalidad en esta relación es una tarea imposible (Miller & Kelley, 2005).

Si bien la religiosidad y la espiritualidad han estado presentes en toda la historia de la humanidad, el estudio de estas expresiones humanas desde las ciencias sociales sólo ocurre en los últimos cien años y su relación con la salud mental tiene aún menos tiempo. Asimismo sólo se han realizado algunos pocos estudios empíricos sobre este tema (Shafranske, 2005). Sin embargo, este vínculo tiene, según Emmons (2005), una base muy profunda debido a que la religión es fuente de profundas experiencias emocionales, además la religión influye tanto en la generación como en la modulación de emociones.

Donahue y Neilsen (2005) afirman que hay dos formas de religiosidad: la intrínseca y la extrínseca. Por religiosidad extrínseca se entiende aquella que está volcada hacia la búsqueda de algo concreto, es decir, usar la religión como medio para alcanzar algo más. La religiosidad intrínseca es aquella en donde la finalidad de los ritos y creencias es la religiosidad, es la vivencia de la religión por sí misma. Esta última es la forma de religiosidad que más se relaciona con el bienestar significativo. Es importante notar que estos no son constructos completamente aceptados por la dificultad que se genera al tratar de definirlos. Esta dificultad se encuentra presente también al definir la religiosidad, pues es un constructo multidimensional que tiene una gran variedad de elementos motivacionales y comportamentales. Los elementos motivacionales son las creencias religiosas y los comportamentales son las prácticas religiosas (Miller & Kelley, 2005). Las prácticas religiosas incluyen los rituales. Esta palabra comúnmente hace referencia a una repetición sin sentido de ciertos actos; sin embargo, para las personas religiosas los rituales son una forma de practicar la religión llena de significado (Idler y George, 1998).

En relación a la religiosidad en el campo clínico, Shafranske (2005) afirma que un estudio donde se preguntaba a los psicólogos y sus pacientes sobre su opinión ante la religión en el campo de la salud mental, reveló que la espiritualidad ayudó a la solución de los problemas emocionales en un 37% de los casos observados en ese estudio y en un 26% de los mismos, la religiosidad y la espiritualidad estaban presentes tanto en el problema como en la solución. Esto lo podemos relacionar con lo descrito por Brama, Beekman, Knipscher y Deeg (1998), sobre la influencia de algunas religiones como el cristianismo en el desarrollo de problemas depresivos. Estos autores afirman que estas religiones pueden agudizar la presencia de la depresión al hacer énfasis en los sentimientos de culpa, impotencia y dependencia. Sin embargo, la relación entre religiosidad y salud mental está marcada por el

momento en el cuál se encuentre la persona, puesto que las prácticas religiosas y las creencias religiosas varían a lo largo de la vida (Miller & Kelley, 2005).

Si bien la mayoría de psicólogos clínicos, del estudio descrito por Shafranske (2005), confirman la importancia de la religiosidad y de la espiritualidad en el proceso de alcanzar la salud mental, la literatura sugiere que no hay acuerdo entre clínicos sobre la influencia de la religión en la salud mental. Además, se afirma que la opinión de estos sobre la relevancia de la religiosidad y la espiritualidad en la mejoría del paciente depende sólo de su propia subjetividad. Desde el punto de vista de los pacientes 55% de ellos quisieran discutir temas religiosos y espirituales con sus terapeutas (Shafranske 2005).

Por otra parte, Emmons (2005) afirma que las personas religiosas y aquellas no religiosas difieren en la manera cómo reaccionan. Las personas religiosas le atribuyen a dios muchas de las cosas que ocurren y por esta razón están más dispuestas a aceptar las cosas negativas que puedan ocurrir. Esta afirmación podría explicar la razón por la cual las personas con fuertes creencias religiosas podrían tener mayor resistencia a la depresión. Sin embargo, la relación entre religión y depresión es sumamente compleja ya que distintas prácticas religiosas se relacionan de maneras distintas con este trastorno. Por ejemplo la participación religiosa, entendida como la pertenencia a un grupo de oración, al ofrecer un importante soporte social, contribuye a disminuir la sintomatología depresiva (Ellison & George, 1994); y por otra parte, la asistencia a celebraciones religiosas está relacionada a la autoestima positiva (Perez, Sandino & Gomez, 2005).

### *Prácticas religiosas en el Perú actual*

Desde la conquista en adelante, en el Perú la religión es históricamente católica; sin embargo, eso está cambiando, en los últimos censos se ha visto como esta religión ha ido perdiendo fieles de manera muy lenta, y las otras religiones cristianas los han ganado (Marzal, 2000). Romero en el 2009 presenta un cuadro basado en los censos realizados en el Perú donde se muestra este cambio, en el año 1981 el porcentaje de personas católicas alcanzaba el 94.6% de la población mientras que en el año 2006 el porcentaje fue bastante menor llegando únicamente al 72.1%.

Es importante resaltar que en el Perú la religiosidad es muy importante, esto se refleja en un estudio realizado a nivel mundial que comparaba la religiosidad en los distintos países donde se aplicó la encuesta, en esta se preguntó a las personas si dios era muy importante en sus vidas. El 69% de las personas encuestadas en el Perú

respondió que sí, ubicándose entre los treinta primeros países en esta lista (Norris & Inglehart, 2009). A continuación se intentará describir las prácticas religiosas más comunes en el Perú.

Entre los peruanos la práctica religiosa más común y que alcanza el 59.2% es el voluntariado, que si bien no es siempre entendido como una práctica religiosa, crea en las personas un gran sentimiento de solidaridad (Romero, 2009).

Otras prácticas bastante frecuentes son la oración privada y la asistencia al templo para la celebración semanal que alcanza el 46.6% (Romero, 2009).

La adoración de santos o imágenes es otra de las prácticas religiosas que están presentes en el Perú actual. Según Marzal (2000) se practica en todas las clases sociales pero la mayoría de adeptos son de escasos recursos. Esta se trata de una íntima relación entre devoto y santo. Este es por sobretodo un intercesor entre dios y el devoto y la devoción se expresa en las promesas que hace el fiel a cambio de milagros. El 14.2% de los peruanos participa activamente en fiestas organizadas en conmemoración a los diversos santos patronos (Romero, 2009)

Otra práctica religiosa popular en el Perú es la lectura de la Biblia con el fin de buscar el cambio social. Esta práctica alcanza el 33.6% de la población, según Romero (2009). Marzal (2000) afirma que esta es una manera de acercarse a dios en el camino de salvación puesto que él guía al fiel dentro de esta sociedad llena de privaciones hacia la salvación. El rezo del rosario en grupos religiosos es una práctica también ampliamente difundida entre los peruanos alcanzando el 22.1% (Romero, 2009).

Entre otras de las prácticas religiosas más comunes se encuentra los movimientos laicales como la Acción Católica, las Congregaciones de Vida Cristiana, el Movimiento Familiar Cristiano, entre otros (Marzal, 2000). Estos grupos buscan ser, según Romero (2000) lugares de reunión, de formación religiosa y de reflexión. Estas comunidades están presentes en todo el país y están dirigidas por laicos guiados por la necesidad de acercarse a dios a través de la comunidad.

Otra actividad que ha tomado gran importancia en la religiosidad de los últimos años son los ritos religiosos de sanación. Estos ritos pueden ser realizados de forma individual o grupal, siendo estos últimos los más populares (Marzal, 2000)

Las prácticas religiosas más comunes entre las personas evangelistas son la celebración del bautismo, la cena, el pago del diezmo y hacer proselitismo, además de los ya mencionados que en muchos casos son similares en todas las religiones cristianas (Marzal, 2000).



### *Las prácticas religiosas en las cárceles*

Las prácticas religiosas en los penales es un tema poco investigado por la literatura científica. Levit y Booker Loper (2009) entrevistaron a internas de un establecimiento penitenciario norteamericano y según estas la oración, la lectura de la Biblia y las celebraciones religiosas son las prácticas más frecuentes en ese penal, además las internas informaron que estas prácticas facilitan la adaptación a la vida en reclusión.

Es importante resaltar que según Kerley, Matthews y Blanchard (2005) la fe es usada en las prisiones como una herramienta para el tratamiento de los internos.

Lamentablemente, no hay publicaciones sobre las prácticas religiosas en las cárceles del Perú. Por esta razón la información que se presenta a continuación fue obtenida a través de comunicaciones personales con los voluntarios religiosos que acuden al establecimiento penitenciario donde se realizó esta investigación.

La práctica religiosa más común en los penales es la lectura de la Biblia. Voluntarios de distintas religiones cristianas leen la Biblia junto con las internas con la finalidad de enseñarles la palabra de dios. Además de esta, se suelen presentar videos de temas cristianos, estos al enseñar la vida de los santos y de Jesús se pretende que sean un ejemplo de vida para las internas.

Otra práctica religiosa que se usa con frecuencia son los cánticos, esta es una de las prácticas más populares puesto que a las internas les agrada. Los voluntarios religiosos también intentan enseñar a rezar a las internas, para ello rezan juntos

Por otra parte, para las internas católicas se celebra la Misa una vez por semana. Sin embargo, a esta celebración no acuden muchas de ellas. Para las internas de otras religiones las celebraciones de ritos especiales ocurren de manera extraordinaria, pero se les da permiso para bautizos y otros (Comunicación personal, 24 de junio de 2010).

Es importante resaltar que los voluntarios religiosos que ingresan a los penales no son siempre bien recibidos. Aunque para todos ellos, que en su mayoría son mujeres, lo más importante para ayudar a las internas es desarrollar una amistad cercana con ellas tanto así, que en muchos casos los voluntarios religiosos tienen también un acercamiento con las familias de las internas y consiguen donaciones para ellas.

*Controversias en la relación entre sintomatología depresiva y prácticas religiosas en el contexto penitenciario.*

La relación entre sintomatología depresiva y prácticas religiosas es un tema poco estudiado, se han encontrado sólo algunas investigaciones sobre este tema y sobre esta relación en el contexto penitenciario son aún menos. Sin embargo, lo que se ha podido encontrar tiene resultados interesantes que muestran una relación inestable entre ambas variables.

Según Miller y Kelley (2005), aún cuando la mayoría de estudios indican que la religiosidad o espiritualidad tienen un efecto protector en la salud mental, hay evidencia de que algunas religiones pueden aumentar la expresión de una patología o inclusive contribuir a su presentación. Brama, Beekman, Knipscher y Deeg, (1998) destacan entre aquellas religiones que podrían afectar la salud mental al cristianismo debido a que enfatiza en los sentimientos de impotencia, dependencia y culpa, además de exigir sacrificios y ser autoritarias. Kornuzco (2003) en un estudio realizado con adolescentes delincuentes encontró que si bien la religión para estos jóvenes les servía como fuente de soporte y les ayudaba a manejar el estrés, esta tenía una correlación positiva con el uso de la negación y la formación reactiva.

Un estudio realizado en Estados Unidos sobre la influencia de la participación religiosa en la adaptación de internas penitenciarias se demuestra que las prácticas religiosas son usadas como medio de rehabilitación tanto dentro como fuera de los establecimientos penitenciarios (Levitt & Booker Loper, 2009). Los programas religiosos son la forma de rehabilitación más utilizada en los penales donde uno de cada tres internos recurre a estas prácticas. Esto es de particular importancia en las mujeres que muestran mayor interés en la religiosidad alcanzando inclusive al 85% de la población penitenciaria estudiada. (Levitt & Booker Loper, 2009).

En el Perú, lamentablemente, no hay estudios sobre la relación entre estas dos variables en el contexto penitenciario. El estudio realizado en Colombia por Perez, Sandino y Gomez (2005) se acerca un poco más a la realidad de la presente investigación. En este estudio realizado en la ciudad de Bogotá, se encontró una correlación significativa negativa entre religiosidad y depresión en mujeres libres más no en hombres, es decir, en mujeres, cuando la religión obtenía puntuaciones elevadas, la depresión obtuvo puntuaciones bajas.

En población interna los resultados encontrados son similares, Levitt y Booker Loper (2009) encontraron una correlación negativa entre prácticas religiosas y depresión en mujeres internas de los Estados Unidos. En este país, un estudio

realizado con internos hombres mayores de cincuenta y cinco años de edad no encontró la correlación negativa que se esperaba encontrar (Allen, Lee Phillips, Lee Roff, Cavanaugh & Day, 2008).

Por otro lado, existen ciertas prácticas religiosas que pueden ser señal de problemas en la salud mental. Miller y Kelley (2005) afirman que los cambios repentinos de religión pueden estar relacionados a una pobre identidad yoica, psicopatologías, sintomatologías o ansiedad existencial. Además, se sabe que las religiones demasiado rígidas pueden llevar a prejuicios e intolerancia frente a otras opciones. Así mismo los autores afirman que las prácticas religiosas privadas como la oración y la devoción son percibidas como más positivas para superar la depresión que las prácticas más sociales, como las celebraciones de la navidad.

### *Planteamiento del Problema*

La población penitenciaria es un grupo en riesgo psicológico por que la detención no sólo implica la pérdida de libertad sino también la falta de contacto con su red de soporte social y su familia y el deber adecuarse a la vida en prisión. Esto trae consigo una serie de implicancias tanto en lo personal, familiar, social y en la salud física y mental. En cuanto a salud mental, el encarcelamiento genera por sobre todo depresión y ansiedad, además de incrementar los problemas conductuales de las internas por la dificultad en la convivencia. (Borja, Aguado & Urquiza, 2006)

Según el Centro Nacional de Estudios Criminológicos y Penitenciarios (CENECP, 2007) la depresión es, después del abuso de sustancias, la enfermedad mental más común entre internos en Lima. El 15% de la población penitenciaria de Lima sufre de este trastorno y más del 70% del total de internos presenta algún tipo de sintomatología depresiva, siendo el sentimiento de tristeza el síntoma más presente en la población.

Por otra parte, en el Perú, el 97% del total de la población es de religión cristiana y 76% de religión católica (INEI, 2008). Esto es confirmado por Marzal. (2000) quien afirma que la Iglesia Católica tiene un gran arraigo en el Perú, y el catolicismo popular es “el idioma religioso de la mayoría de los peruanos y atraviesa casi todas sus fronteras étnicas” (p.24).

En los últimos años las investigaciones sobre religiosidad han ido aumentando significativamente en el campo de la psicología clínica, esto se debe al interés en acercarse a los problemas psicológicos de distintas maneras; sin embargo, estas investigaciones sólo son leídas por personas interesadas en el tema, por lo que sus

resultados no llegan a la mayoría de profesionales (Blazer, 2009). Esto sumado a la falta de resultados concluyentes por la dificultad para delimitar los constructos llevan a que estas investigaciones terminen perdiéndose.

En nuestro medio se han encontrado pocas investigaciones que relacionen la religiosidad con la salud mental (Hamann, 2003). Lo que las investigaciones en otros contextos nos demuestran es que la religiosidad tanto en prácticas como en creencias, es más frecuente en mujeres que en hombres dentro y fuera de los penales (Perez, Sandino y Gomez., 2005 y Kornuzco, 2003). Además, parece haber una correlación negativa entre religiosidad y sintomatología depresiva, es decir que cuando una variable obtiene mayores resultados, los resultados de la otra variable disminuyen en mujeres (Levitt & Booker Loper, 2009 y Perez, Sandino & Gomez, 2005). Esta correlación no es encontrada en hombres (Allen, Lee Phillips, Lee Roff, Cavanaugh & Day, 2008 y Perez, Sandino & Gomez, 2005)

Sin embargo, para algunos autores, como Brama, Beekman, Knispcher y Deeg (1998) religiones como el cristianismo tienen efectos negativos en la presentación de síntomas depresivos. Kornuzco (2003), por su parte encontró que si bien la religión en adolescentes delincuentes sirve como soporte y les ayuda a manejar el estrés, está también relacionada con el uso de la negación y la formación reactiva, lo que puede ser muestra de una débil salud mental. Además, esto fue igual para adolescentes de ambos sexos.

Es importante tomar en cuenta los resultados obtenidos por Kornuzco (2003), en este estudio realizado en EE.UU. se encontró que los adolescente delincuentes en este país son más religiosos que los adolescentes que no delinquen. Para el autor, esto demuestra que los delincuentes tienen fuertes creencias religiosas que; sin embargo, no logran poner en práctica.

Por todo lo descrito anteriormente se debe investigar más sobre la relación entre sintomatología depresiva y religiosidad y más aún en el contexto penitenciario pues es una población en riesgo que muestra interés en el tema.

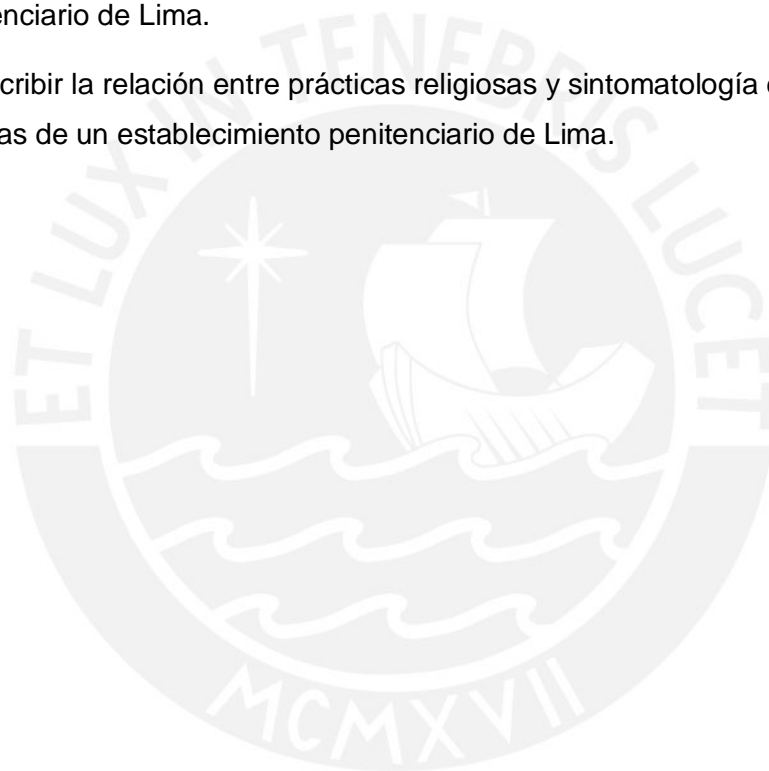
Por lo tanto, la pregunta de investigación planteada para el presente estudio es la siguiente: ¿Cuáles son las prácticas religiosas más comunes en el penal donde se realiza esta investigación? ¿Cuáles son los síntomas depresivos más comunes en ese mismo penal? ¿Existe relación entre ambas variables? Y de ser así ¿cómo es esta relación?

### *Objetivos de Investigación*

Por lo tanto, el objetivo general planteado para el presente estudio es identificar las prácticas religiosas más comunes en el penal donde se realiza la investigación, identificar la sintomatología depresiva presente en las internas de ese penal y buscar si existe la posible relación ambas variables. Y si existe describirla.

A su vez, los objetivos específicos son los siguientes:

- Describir las prácticas religiosas en las internas de un establecimiento penitenciario de Lima.
- Describir la sintomatología depresiva en las internas de un establecimiento penitenciario de Lima.
- Describir la relación entre prácticas religiosas y sintomatología depresiva en internas de un establecimiento penitenciario de Lima.





## CAPÍTULO II

### Metodología

#### *Tipo y diseño de investigación*

La presente investigación es de nivel descriptivo con características correlacionales. Es de nivel descriptivo puesto que se buscó explicar cómo actúan las variables mencionadas en la población con la cual se trabaja. Las características de tipo correlacional se deben a que el otro propósito de esta investigación es conocer y medir el grado de relación entre las variables, esto es si existe la correlación entre ambas (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Esta investigación es también, de tipo no experimental ya que no se manipuló ninguna variable, sino que las dos variables fueron medidas en su contexto natural (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

El diseño de la investigación es transversal debido a que los datos fueron recolectados en un solo momento y en un tiempo único ya que ambas pruebas fueron suministradas en una sola sesión por participante (Kerlinger & Lee, 2002).

#### *Participantes*

La población con la cual se trabajó para realizar la investigación son mujeres internas por delitos comunes del penal de máxima seguridad en Lima. Según la Oficina de Estadística del Penal, en él se encuentran reclusas 214 internas; sin embargo, la investigación solo se realizará sobre las internas por delitos comunes, por lo que el total de la población es 182 internas. El rango de edades de estas mujeres está entre los 18 y 60 años. En lo que respecta a la composición familiar de las internas la mayoría de ellas, 57%, es soltera y 18% tiene pareja estable. Los delitos más frecuentes son el tráfico ilícito de drogas y el robo agravado. El 42% de la población no ha concluido la secundaria, el 24% sí y el 34% de la población tiene estudios superiores.

El muestreo fue de tipo accidental y probabilístico. Accidental debido a que se trabajó en ese penal porque se dieron las facilidades correspondientes para el estudio y probabilístico puesto que la selección de la muestra dentro del establecimiento penitenciario fue hecha al azar (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). La muestra total fue de 51 internas, ya que existen investigaciones que se han realizados con estas pruebas usando la misma cantidad de participantes obteniendo una confiabilidad adecuada. Estas personas debieron cumplir con las siguientes características ser

mayor de edad, estar reclusa por un delito común, ser de nacionalidad peruana, no presentar ningún trastorno psicótico, delirio o discapacidad, no haber sufrido una pérdida en los últimos dos meses y tener más de ese tiempo de reclusión debido al tiempo necesario para superar el duelo generado por una pérdida o el encierro (DSM-R-IV, 2002)

La muestra total que se utilizó para este trabajo es de 51 participantes, todas ellas internas de un penal de máxima seguridad de Lima metropolitana.

Los datos sociodemográficos de las participantes se presentan en las siguientes tablas.

**Tabla 3**  
*Edad de las participantes*

Mínima	Máxima	Media
22	57	38

**Tabla 4**  
*Estado civil de las participantes en porcentaje*

Soltera	Casada	Conviviente	Viuda o divorciada
60%	17%	15%	8%

**Tabla 5**  
*Grado de instrucción de las participantes en porcentaje*

Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Superior
19.6%	11.8%	25.5%	27.5%	15.7%

**Tabla 6**  
*Situación jurídica de las participantes*

Sentenciada	Procesada
27.5%	72.5%

Se encontró también que el 83% de las mujeres evaluadas tenía hijos, siendo la media de estos 2.53.

Las internas tenían diversas ocupaciones previas a ingresar al penal. El 41.2% de las internas eran comerciantes antes de ingresar al penal y 15.7% de las internas eran amas de casa. 3.9% de las mujeres entrevistadas estaban desempleadas cuando ingresaron al penal. 19.6% tenía algún trabajo dependiente y 19.6% tenía un negocio propio. Estos datos pueden estar sesgados debido a que la mayoría de las internas evaluadas se encuentran reclusas por tráfico ilícito de drogas o por robo agravado, por lo que se dedicaban a esas actividades.

El tiempo de reclusión es muy variado. Las internas participantes estuvieron reclusas en promedio por 3 años; sin embargo, algunas participantes tenían hasta 11

años y tres meses y el tiempo menor de reclusión es de dos meses. No se le aplicó las pruebas a ninguna interna con un tiempo menor de dos meses, debido a que este es el tiempo considerado por el DSM-IV-TR para sobrellevar una pérdida. No se tomó en consideración cuantas de las internas evaluadas estaba pronta a salir en libertad.

### *Instrumentos*

Para esta investigación se utilizó una ficha de datos y dos pruebas. La ficha de datos fue usada para conocer los datos de filiación de los participantes y saber si cumplían con los requisitos correspondientes.

Las pruebas que se utilizaron fueron una adaptación al contexto penitenciario de la Escala de Prácticas Religiosas (Hamann, 2003) y el Inventario de Depresión de Beck II (Beck, 2006). Estas se utilizaron con la finalidad de medir las variables que investiga este trabajo.

#### *Ficha de datos*

Esta ficha buscó tomar los datos socio demográficos de los participantes. Estos datos son la edad, estado civil, número de hijos y edades de los mismos, grado de instrucción, ocupación previa al ingreso y situación jurídica. Además de los datos relacionados a la investigación es decir tiempo de reclusión y el haber o no sufrido una pérdida significativa en los últimos dos meses. (Ver anexo A)

#### *Escala de Prácticas Religiosas (Hamann, 2003) adaptada al contexto penitenciario*

Esta escala consta de siete ítems con cinco opciones de respuesta en escala Likert. La versión original de la prueba tiene validez de contenido por Criterio de Jueces al 100% en la pertinencia de los ítems y en el fraseo. Además tiene una consistencia interna en dos grupos de pacientes psicóticos, con un alfa de Cronbach de 0.8016 y de un 0.7934 (Hamann, 2003)

La versión adaptada de la prueba fue una modificación del fraseo de los ítems para la población penitenciaria. Además se incluyeron dos ítems más de prácticas religiosas frecuentes en esta población. Estos ítems son “Leo la Biblia” y “Canto a Dios como forma de oración” (Ver anexo B). Se exploró la confiabilidad en la muestra de estudio y los resultados de esta se describirán en el capítulo de resultados.



### *Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) (Beck, 2006)*

El Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems que tiene por finalidad medir la severidad de la depresión en personas mayores de 13 años, sean o no pacientes psiquiátricos. Cada ítem tiene 3 opciones de respuesta; sin embargo, los ítems 16 y 18 tienen tres opciones de respuesta más cuya finalidad es medir el incremento o la disminución de la motivación y el comportamiento (Beck, 2006).

Los síntomas que mide esta prueba son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. Estos ítems están basados en los síntomas propuestos en el DSM-IV-TR (Beck, 2006).

La versión original de la prueba tiene una consistencia interna evaluada con el alfa de Cronbach de 0.93 en una muestra de estudiantes universitarios de los Estados Unidos y 0.92 en pacientes psiquiátricos del mismo país. Además tiene cociente de estabilidad por medio del método test-retest de 0.93 en EE.UU. ( $p < 0,001$ ) (Beck, 2006).

La versión adaptada en Argentina de la prueba tiene una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.88 para pacientes y 0.86 para el grupo de comparación en no-pacientes. Esta versión también posee estabilidad de tipo test-retest, siendo una correlación positiva y significativa ( $R = 0.90$ ,  $p < 0.001$ ). Así mismo posee una validez de tipo factorial, que demuestra una matriz de correlaciones adecuada (Test de Esfericidad de Bartlett = 1850,68  $p < 0.001$ ) (Beck, 2006).

En el Perú, este inventario no ha sido adaptado; sin embargo, ha sido usado en distintas investigaciones. La confiabilidad ha sido estudiada en diversos trabajos que han utilizado esta prueba. En una de ellas realizada con 50 pacientes con VIH obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.94 (Alcantara, 2008). Otra investigación realizada con 188 adolescentes de universidades privadas de Lima obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.91 (Rodríguez, 2008). Los análisis de validez factorial en el Perú no han dado resultados definitivos.

### *Procedimiento*

Para esta investigación se realizó la adaptación de la escala de Prácticas Religiosas (Haman, 2003). En esta adaptación se modificó el fraseo de los ítems para

la aplicación en el contexto penitenciario. Además, se agregaron dos ítems para medir prácticas religiosas frecuentes en la población.

Luego de la adaptación de la Escala, se seleccionó la muestra con la que se trabajó, esto se hizo de manera aleatoria dentro del establecimiento donde se ya se había decidido accidentalmente trabajar; sin embargo, se verificó con la ficha de datos si los participantes elegidos cumplían con los requisitos necesarios para la investigación. Los participantes que no cumplieron con estos requisitos no fueron incluidos en la muestra por lo que se buscó aleatoriamente otros participantes para completar una muestra de 51 participantes.

Después de esto se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todas las participantes y en seguida se realizó la aplicación de las pruebas a las participantes seleccionadas. Esta aplicación fue individual y cada participante realizó ambas pruebas en la misma sesión. Esto se pudo llevar a cabo debido a que ambas son breves.

Terminada la aplicación de las pruebas a todos los participantes, se realizó el análisis de los resultados de las pruebas, para ello se creó una base de datos en el programa SPSS. A continuación se obtuvieron los datos descriptivos de la muestra. Luego se obtuvo la confiabilidad de ambas pruebas con el estadístico alfa de Cronbach y la validez con Kayser-Meyer-Olkin. Después se comprobó la normalidad de la distribución de la muestra con la prueba de Kolmogorov.

Seguidamente se exploró la correlación entre los puntajes totales de las pruebas con los datos socio demográficos de la población utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

Por último se buscó explorar la posible correlación entre ambas variables con el coeficiente de correlación Spearman. Primero entre los puntajes totales de ambas pruebas y luego el puntaje total del Inventario de Depresión de Beck II con cada uno de los puntajes de los ítems de la Escala de Prácticas Religiosas.



## CAPÍTULO III

### Resultados

A continuación se procederá a presentar los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de la investigación.

El primer objetivo de esta investigación es describir las prácticas religiosas de las internas de un penal de máxima seguridad de Lima metropolitana.

Para medir esta variable se le aplicó a los participantes una adaptación de la Escala de Prácticas Religiosas de Hamann (2003). La fiabilidad de esta prueba se midió usando el estadístico Alfa de Cronbach obteniendo un resultados de 0.855, como se puede observar en la tabla 1. Todos los ítems tienen una correlación elemento-total mayor a 0.449.

**Tabla 1**

*Niveles de confiabilidad de la escala de prácticas religiosas*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,855	9

Luego se confirmó la validez del instrumento usando el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin obteniendo un resultado de KMO = 0.766.

También se buscó medir la normalidad en la distribución de los puntajes obtenidos con esta prueba usando el estadístico de Kolmogorov, esta no resultó normal debido a obtener un resultado menor a 0.05. Como se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 2**

Prueba de normalidad de la escala de prácticas religiosas

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	Gl	Sig.
ReligiosidadTotal	,155	51	,004

En promedio las internas obtuvieron un puntaje de 33.39 en prácticas religiosas donde el máximo posible de la prueba es de 45 puntos, siendo este el valor máximo obtenido. El mínimo fue de 16. La desviación estándar es de 7.387, como se muestra a continuación.

**Tabla 3**

Estadísticos descriptivos de la escala de prácticas religiosas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Moda
Prácticas Religiosas Total	51	16	45	33,39	7,387	36

Luego se correlacionó los resultados obtenidos con los datos sociodemográficos de las participantes para conocer mejor como funciona esta variable con esta población en particular. Estos son los resultados.

**Tabla 4**

Correlaciones entre escala de prácticas religiosas y datos sociodemográficos

	Prácticas Religiosas Total	Edad	Número de Hijos	Estado Civil	Grado de Instrucción
Prácticas Religiosas Total	Correlación de Pearson	1	,472	,375	-,255
	Sig. (bilateral)		,000	,007	,071
	N	51	51	51	51

Como se puede observar en el cuadro anterior dos de estas correlaciones son altamente significativas, la edad y el número de hijos en relación al total obtenido en la prueba de prácticas religiosas.

Para finalizar se obtuvieron los puntajes totales por ítem para conocer cuáles son las prácticas religiosas más frecuentes entre las personas evaluadas. Como se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 5**

Suma de los puntajes por ítem de la E.P.R.

Ítem	PR1	PR2	PR3	PR4	PR5	PR6	PR7	PR8	PR9
Suma	184	176	217	180	176	224	193	177	176

El siguiente objetivo de esta investigación era conocer la sintomatología depresiva de las internas de un penal de máxima seguridad de Lima metropolitana. Para ello se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II en su versión argentina.

Para medir la fiabilidad de la prueba se usó el estadístico Alfa de Cronbach obteniendo un resultado de 0.807 (Tabla 5). La correlación ítem-test del ítem 21 fue de  $-0.36$  lo que podría explicarse debido a que este ítem mide el interés en el sexo, y siendo un penal de mujeres muchas internas ven disminuido este interés.

**Tabla 6**

Niveles de confiabilidad del BDI-II

Alfa de Cronbach	N de elementos
,807	21

Luego se confirmó la validez del instrumento usando el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin obteniendo un resultado de  $KMO = 0.646$ .

Se buscó comprobar la normalidad de los resultados obtenidos con el Inventario de Depresión de Beck II, estos sí siguen la curva normal debido a obtener un resultado mayor a 0.05 con la prueba de Kolmogorov, como se muestra a continuación.

**Tabla 7**

Prueba de normalidad del BDI-II

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	Gl	Sig.
Depresión Total	,123	51	,053

La media de las respuestas dadas por las internas en la prueba de depresión fue de 13.98 donde el máximo posible es de 63. Los puntajes en esta prueba van desde un máximo de 33 a un mínimo de 0, con una desviación estándar de 7.617.

**Tabla 8**

Estadísticos descriptivos del BDI-II

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Moda1	Moda2
Depresión Total	51	0	33	13,98	7,617	7	16

Seguidamente se correlacionó los resultados de esta prueba con los datos sociodemográficos de las participantes con la finalidad de conocer cómo se comporta esta variable en esta determinada población. En este caso no se obtuvieron correlaciones significativas.

**Tabla 9**

Correlaciones entre BDI-II y datos sociodemográficos

		Depresión		Número de Hijos	Estado Civil	Grado de Instrucción
		Total	Edad			
Depresión Total	Correlación de Pearson	1	-,273	-,033	-,201	-,037
	Sig. (bilateral)		,052	,820	,157	,798
	N	51	51	51	51	51



También se obtuvieron las sumas de los puntajes de cada ítem para conocer cuáles son los síntomas depresivos más frecuentes en esta población. Estos se muestran en la siguiente tabla, ordenados de menor a mayor.

**Tabla 10***Suma de puntajes del BDI-II por ítem*

Item	BDI14	BDI2	BDI9	BDI12	BDI13	BDI17	BDI7	BDI3	BDI15	BDI20	BDI4
Suma	5	13	14	26	34	34	37	39	40	48	49
Item	BDI19	BDI1	BDI11	BDI5	BDI18	BDI8	BDI21	BDI10	BDI16	BDI6	
Suma	45	52	60	68	68	75	76	79	84	107	

El último objetivo de esta investigación era explorar la posibilidad de una correlación entre ambas variables, las prácticas religiosas y la sintomatología depresiva, para ello se utilizó la correlación de Spearman. Se encontró que no hay una correlación significativa entre estas variables puesto que esta fue de 0.153 (Tabla 11).

**Tabla 11***Correlaciones entre escala de prácticas religiosas y BDI-II*

		Depresión	Prácticas Religiosas
		Total	Total
Rho de Spearman	Depresión Total	1,000	-,203
	Coefficiente de correlación	.	,153
	Sig. (bilateral)		
	N	51	51

En seguida se buscó correlacionar todos los ítems de la adaptación de la Escala de Prácticas Religiosas de Hamann (2003) con el puntaje total del Inventario de Depresión de Beck II en su versión argentina. Se encontró que los ítems de la escala de prácticas religiosas con correlaciones significativas fueron el 5 (Me comporto como dios espera que lo haga), el ítem 8 (Leo la Biblia) y el ítem 9 (Canto como forma de orar). Obteniendo correlaciones de  $-0.478$ ,  $-0.302$  y  $-0.308$  respectivamente. Se presenta el cuadro a continuación.

**Tabla 12**

*Correlaciones entre ítems de la Escala de prácticas religiosas y BDI-II*

Rho de Spearman	Depresión Total	Coeficiente de correlación	Depresión Total
		Sig. (bilateral)	.
		N	51
	Prácticas Religiosas Item	Coeficiente de correlación	-,159
	1	Sig. (bilateral)	,264
		N	51
	Prácticas Religiosas Item	Coeficiente de correlación	,020
	2	Sig. (bilateral)	,889
		N	51
	Prácticas Religiosas Item	Coeficiente de correlación	,074
	3	Sig. (bilateral)	,605
		N	51
	Prácticas Religiosas Item	Coeficiente de correlación	-,148
	4	Sig. (bilateral)	,301
		N	51
	Prácticas Religiosas Item	Coeficiente de correlación	-,478
	5	Sig. (bilateral)	,000
		N	51
	Prácticas Religiosas Item	Coeficiente de correlación	-,077
	6	Sig. (bilateral)	,589
		N	51
	Prácticas Religiosas Item	Coeficiente de correlación	-,024
	7	Sig. (bilateral)	,866
		N	51
	Prácticas Religiosas Item	Coeficiente de correlación	-,302
	8	Sig. (bilateral)	,031
		N	51
	Prácticas Religiosas Item	Coeficiente de correlación	-,308
	9	Sig. (bilateral)	,028
		N	51





## CAPÍTULO IV

### Discusión

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en la investigación, para lo cual se presentan; en primer lugar, los datos más relevantes de los análisis de confiabilidad realizados a los instrumentos utilizados. Posteriormente, se comentan las características más resaltantes de la muestra de estudio y finalmente se discuten las implicancias de los hallazgos para los objetivos propuestos.

#### *Confiabilidad de los instrumentos*

Respecto a los instrumentos utilizados, un primer dato relevante radica en su adecuado funcionamiento en esta investigación, lo cual se evidencia en los niveles de fiabilidad obtenidos y nos indica que las variables de estudio han sido medidas adecuadamente. El primer instrumento aplicado es la adaptación de la escala de Prácticas Religiosas de Hamann (2003), la confiabilidad obtenida para esta prueba por medio del alfa de Cronbach es de 0.855. Este es un dato similar al obtenido por Hamann en su estudio, en este caso se obtuvo una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.8016 y de un 0.7934 en dos grupos de pacientes psicóticos.

Es importante notar que los dos ítems agregados a la prueba han obtenido una correlación ítem-test similar al resto de los ítems, siendo que para el ítem 8 (Leo la Biblia) es de 0.603 y para el ítem 9 (Canto a dios como forma de orar) es de 0.678. También, aquellos ítems modificados para este estudio el 1, el 2 y el 4 la correlación ítem-test es 0.702, 0.467 y 0.654 respectivamente.

Por su parte, en cuanto al Inventario de Depresión de Beck segunda edición (BDI-II) la confiabilidad obtenida por alfa de Cronbach es de 0.807 un dato menor al obtenido por Beck en su estudio con dos grupos de estudiantes universitarios (0.93 y 0.92) pero similar a los resultados obtenidos en la adaptación al español realizada en Argentina. En este estudio se obtuvo una confiabilidad de 0.88 en un grupo de pacientes y 0.86 para un grupo control. Esta pequeña diferencia se puede deber al tamaño de la muestra, en este estudio se utilizó una muestra de  $n=51$  mientras que en el estudio de Estados Unidos el  $n=500$  y en Argentina  $n=325$ .

En los estudios realizados con esta prueba en el Perú la confiabilidad ha sido de 0.94 en un estudio realizado 50 con pacientes con VIH (Alcantara, 2008) y de 0.91 en un grupo de 188 estudiantes universitarios (Rodríguez, 2008).

Es importante notar que el ítem 21 (Pérdida de interés en el sexo) tiene una correlación ítem-test mucho menor al promedio  $-0.036$ . Esto puede deberse a la condición propia del encierro. Se debe recordar que la muestra con la que se trabaja en este estudio son internas de un penal de mujeres. Si bien las relaciones homosexuales entre internas son bastante frecuentes, ellas, en la mayoría de los casos, no admiten frente a sus compañeras y aun menos ante las autoridades que tienen ese tipo de conductas (Borja, Aguado & Urquiza, 2006). Es relevante resaltar que de eliminarse este ítem la confiabilidad de la prueba subiría a 0.828, puntaje que se asemeja aún más a los datos de los otros estudios realizados con este inventario.

### *Características de la muestra*

En cuanto a las características de la muestra es importante resaltar la similitud entre los datos sociodemográficos de la población, como son la edad, el estado civil y el grado de instrucción, del penal donde se realizó el estudio y la muestra. Lo cual evidencia la representatividad de esta frente a la población.

Una característica importante de la muestra, y en general de la población penitenciaria es los bajos niveles de educación que presentan los internos penitenciarios. Esto fue descrito por Borja, Aguado y Urquiza en el 2006 y también se encontró en la muestra con la que se trabajó. En este caso más del 43,2% no ha concluido los estudios escolares.

Otro dato importante a tomar en cuenta para esta investigación son los efectos negativos del encarcelamiento en la salud mental de las participantes, según Borja, Aguado, Urquiza (2006), las internas suelen sufrir cuadros de ansiedad y depresión como consecuencia de éste. Si bien se considero como criterio de inclusión no presentar ningún trastorno psicótico delirio o discapacidad, no se descartaron aquellas personas que pudieran tener otro trastorno. Según los datos del CENECP (2007) los trastorno de ansiedad son bastante comunes y estos tienen algunos síntomas similares a los de la depresión, como son los cambios en los hábitos del sueño, dificultad para concentrarse e irritabilidad (DSM-R-IV, 2002).

### *Prácticas religiosas*

Es importante mencionar que para la calificación de la Escala de Prácticas Religiosas se usó una escala Lickert con cinco opciones de respuesta (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre) a cada una de estas se le asignó un número

del uno al cinco en donde nunca es uno y siempre es cinco. Esto con la finalidad de poder tratar los resultados de manera cuantitativa.

Los resultados obtenidos en cuanto a las prácticas religiosas reflejan que, en general, las personas que participaron en esta investigación mostraron niveles altos en esta variable. Puesto que el mínimo presentado en las participantes fue de 16 cuando el mínimo posible es 9. Además, la media de los puntajes totales fue de 33.39 y el máximo obtenido por las participantes fue de 45, que también es el máximo posible. Además es importante notar que la moda fue de 36. Esto concuerda con la revisión teórica, Norris y Inglehart (2009) ubica al Perú entre los treinta países más religiosos del mundo, en donde el 69% de la población considera que dios es parte importante de sus vidas.

Con la finalidad de simplificar la discusión de los resultados de la escala de prácticas religiosas se han agrupado los ítems de acuerdo a su contenido. En un primer grupo se ubicaron los ítems que se realizan en grupo y se identifican por tener un carácter público. Estos ítems son “Participo en las festividades religiosas que organiza el penal.”, “Asisto a las celebraciones religiosas que se realizan en el penal.” y “Participo en las actividades religiosas realizadas por el penal.”. En general estos ítems poseen puntuaciones bajas a medias, en relación a la media de los puntajes obtenidos de todos los ítems de la escala. El ítem sobre las festividades religiosas, que obtuvo un puntaje global de 176, hace referencias a las celebraciones que se realizan alrededor de un santo en particular, según Marzal (2000) esta es una de las prácticas religiosas más comunes en el Perú. Sin embargo, Romero (2009) afirma que el 14.2% de los peruanos participa activamente en fiestas organizadas en conmemoración a los diversos santos patronos lo cual estaría en mayor concordancia con lo encontrado en esta investigación.

En contra posición, dentro de este mismo grupo de ítems, el ítem que hace referencia a las celebraciones religiosas que se realizan en el penal y el ítem que hace referencia a las actividades religiosas que se realizan en el penal, obtuvieron puntuaciones más altas que el ítem sobre las festividades religiosas, siendo su puntaje global 184 y 180 respectivamente, esto puede corresponder a que estas son prácticas menos específicas, que se realizan en el penal periódicamente y todas las internas tienen acceso a ellas. Estos ítems debieron ser modificados para el contexto de un establecimiento penitenciario donde la reclusión no permite la asistencia al templo ni la participación en actividades fuera del centro. En relación a lo revisado en la literatura, Marzal (2000) también resalta la asistencia al templo como otra de las prácticas religiosas más presentes en el Perú, Romero (2009) afirma que el 46% de la población peruana asiste a las celebraciones semanales, este porcentaje; sin embargo, es

bastante menor en el penal, si bien no tenemos datos exactos de la asistencia semanal a las celebraciones religiosas la observación directa permite afirmarlo.

El siguiente grupo de ítems que se explicará a continuación, abarca aquellas actividades que deben de realizarse en grupo necesariamente, similar al conjunto de ítems anterior, pero se diferencian por el hecho de ser prácticas grupales privadas. Entre ellas se encuentra el ítem 7, “Le trasmito mi fe a Dios a personas cercanas”, implica la presencia por lo menos de una persona más, este obtuvo puntuaciones cercanas a la media de los ítems de la escala. De esto se puede concluir que esta práctica religiosa grupal es menos frecuente entre las internas del establecimiento penitenciario donde se realizó esta investigación, que el grupo de ítems sobre las prácticas grupales públicas. Esto puede deberse a las dificultades de convivencia que hay en entre la internas del penal (Borja, Aguado & Urquiza, 2006)

Dentro del mismo grupo, prácticas religiosas grupales de carácter privado, se ubicarán los ítems ocho y nueve, “Leo la biblia” y “Canto a Dios como forma de oración”. Estas son actividades que pueden realizarse tanto en grupo como de manera individual pero se les ubica en el grupo de prácticas religiosas grupales privadas puesto que en el penal donde se realizó esta investigación estas actividades suelen ser realizadas en grupos pequeños que son guiados por voluntarios religiosos que las fomentas.

Para Marzal (2000) la lectura de la Biblia es otra de las prácticas religiosas populares en el Perú, el autor afirma que esta es una manera de acercarse a dios. Si bien la mayoría de voluntarios religiosos que acuden al penal propician esta práctica entre las internas con la misma finalidad que Marzal (2000) resalta, en este estudio se encontró que la lectura de la Biblia no es popular entre las internas de este penal, difiriendo también de lo encontrado por Levit y Booker Loper (2009) en Estados Unidos. Esto podría explicarse por los bajos niveles de educación que tienen las internas del penal, solo el 43.2% de ellas ha completado la secundaria, por lo que la lectura de un texto como la Biblia podría resultar difícil para la mayoría de internas.

Según lo referido por los propios voluntarios religiosos que asisten al establecimiento penitenciario donde se realizó esta investigación los cánticos son una de las prácticas religiosas más comunes y más apreciadas por las internas; sin embargo, los resultados de la prueba no concuerdan con esto. Esta diferencia puede deberse a que no todas la internas que participaron en esta investigación asisten a los grupos que conformaban los voluntarios por lo que ellos respondían según lo visto en sus grupos.



El último grupo de ítems abarca aquellos que hacen referencia a prácticas individuales privadas, “Rezo a Dios para pedirle que me ayude”, “Me comporto como Dios espera que lo haga” y “Le rezo a Dios para agradecerle”.

Los dos ítems que se refieren a la oración fueron aquellos que obtuvieron puntuaciones más altas en relación a la media del total por ítem de todas las participantes, “Rezo a Dios para pedirle que me ayude” obtuvo una puntuación global de 217 y “Le rezo a Dios para agradecerle” 224, siendo el ítem que obtuvo el puntaje más alto de toda la escala, además es importante mencionar que el máximo posible es de 225. En esto se encuentra concordancia entre la literatura y la investigación pues Marzal (2000) y Romero (2009) afirman que la oración se encuentra dentro de las prácticas religiosas más comunes entre los peruanos.

No se debe dejar de mencionar que el afrontamiento religioso, tema aún poco estudiado, está relacionado al crecimiento espiritual y también al crecimiento debido a los distintos problemas que pueden ocurrir en la vida, entre ellos se puede encontrar la pérdida de la libertad. Lamentablemente no hay un instrumento que mida esta variable, por lo que cuando ha sido evaluada se ha usado la sub escala correspondiente del COPE (Park, 2006)

Para concluir es importante resaltar que si bien hay diferencias entre los puntajes obtenidos en cada ítem de la escala de prácticas religiosas estas diferencias no son demasiado altas, entre el puntaje mayor y el menor hay 50 puntos, por lo que se podría afirmar que la preferencia por una u otra práctica religiosa varía en cada persona.

Por otra parte, es importante notar que hay correlaciones significativas entre el total obtenido en la prueba y los datos sociodemográficos de las participantes. La edad de las participantes y el total obtenido en las pruebas tienen una correlación positiva alta, mientras que el número de hijos y el total tienen una correlación positiva media. En la literatura se encontró que las personas mayores tienen una mejor capacidad para lidiar con las dudas sobre su religión por lo que estas no afectan su credo tanto como en personas más jóvenes, esto se debe a un cierto grado de sabiduría obtenida por su propia edad (Krause, Ingersoll-Dayton, Ellison & Wulff, 1999). Sin embargo, no se encontraron datos sobre el número de hijos y las prácticas religiosas en la literatura revisada.



### *Sintomatología depresiva*

Los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck II mostraron en general niveles bajos de depresión en la población con la cual se trabajó en este estudio. Debido a que la media de los puntajes obtenidos por las participantes es de 13.98 y el máximo puntaje obtenido fue de 33 de un total posible de la prueba de 63. La media es similar a los estudios realizados por Alcantara (2008) y Rodríguez (2008). Sin embargo, es importante resaltar que en los baremos norteamericanos se considera que menor a 13 puntos no presenta depresión y a partir de 14 se considera niveles leves de depresión. Debido a que en el Perú no se han hecho baremos de esta prueba, se toma solo como punto de referencia los americanos, así como lo hicieron en investigaciones anteriores que usaron este instrumento.

A diferencia de lo descrito por el CENECP, donde se afirma que el 75% de la población penitenciaria tienen algún tipo de sintomatología depresiva en esta muestra se encontró que solamente el 54% tiene niveles significativos de depresión. Además se encontró que solo en un caso de los considerados para esta investigación se presentó una depresión severa. A pesar de ello, estos datos muestran que en esta población la depresión es bastante más frecuente que en la población normal, 1% según el DSM-R-IV (APA, 2002). Esto está en concordancia con la revisión teórica.

Por otra parte, en el Perú, las condenas no son muy elevadas y el tiempo de reclusión efectivo es aún más bajo. Para esta investigación, solo fueron consideradas las internas por delitos comunes cuyos tiempos de reclusión suelen ser bastante menores a las otras internas, como por ejemplo por terrorismo, por lo que el mayor tiempo de reclusión encontrado en este estudio fue de 135 meses. La bibliografía revisada es contradictoria en lo que respecta a la relación entre el tiempo de condena y los niveles de depresión, Birmingham (2004) afirma que las personas con tiempo de reclusión elevado tienden a tener mayores niveles de depresión, por su parte, Palmer y Binks(2008) no encontraron correlación entre estas variables. Los resultados de este estudio concuerdan con la investigación de Palmer y Binks.

A continuación, se pasará a analizar los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck de acuerdo a los puntajes globales alcanzados en cada ítem. El síntoma característico de la depresión es la tristeza, este está considerado en el BDI-II, y obtuvo un puntaje global de 52 en la muestra con la que se trabajó; sin embargo, es importante notar que el ítem 10, que hace referencia al llanto obtuvo un puntaje global bastante más alto, siendo este de 79. Por otra parte la irritabilidad que puede ser una expresión de la tristeza y el malestar que traen consigo la depresión tampoco obtuvo una puntuación global muy alta, esta fue 34. Es importante notar que, el llanto

siendo una expresión de tristeza mostró niveles más altos que el sentimiento mismo de tristeza lo que podría demostrar una dificultad en las participantes a identificar sus sentimientos. Lo descrito por Dio Bleichmar (1991) sobre la “anestesia emocional” podría explicar esto. Para esta autora algunos pacientes con depresión están tan deprimidos que no pueden identificar sus sentimiento y menos aún reaccionar ante ellos. Por otra parte, se encontró un estudio donde se trabajó con internas que habían participado en un grupo de soporte cuya finalidad era enseñarles a conocer y manejar sus emociones. Este grupo tuvo efectos positivos en la reducción de la depresión en estas mujeres. Para las autoras (Pomeroy, Kiam & Abel, 1998) esto se debió a que el grupo de soporte brindó a las internas un ambiente seguro donde aprender a conocer sus emociones y nuevas maneras de expresarlas.

La pérdida de placer e interés en las actividades cotidianas son síntomas de la depresión. En la muestra con la que se trabajó, la pérdida de placer mostró puntuaciones mayores que la pérdida de interés. Mondimore (2006) explica esto como una falta de reactividad en el estado de ánimo, la persona está tan deprimida que no reacciona a los estímulos del ambiente y en un entorno aún menos estimulante como el de una prisión esta diferencia puede explicarse. Por otro lado, la pérdida de interés en el sexo obtuvo puntuaciones aún mayores, esto se puede deber al contexto en el que se realizó la prueba, siendo este un centro de reclusión de mujeres muchas de ellas pierden interés en el sexo puesto que no tienen mayor contacto con personas del sexo opuesto y aunque la homosexualidad está presente en los penales de mujeres, muchas de ellas no aceptan abiertamente estas prácticas.

En relación a los síntomas vegetativos, los cinco síntomas descritos en el DSM-IV-TR (APA, 2002) son también considerados en el BDI-II. Estos son la pérdida de energía, la agitación psicomotora, los cambios en los hábitos de sueño y en el apetito y el cansancio o fatiga. En la población con la que se trabajó en este estudio se puede ver que estos síntomas muestran puntajes significativos, en especial los cambios en los hábitos de sueño que muestran un puntaje global de 89 de un máximo posible de 153. Esto es importante de considerar puesto que en el establecimiento penitenciario donde se realizó la investigación muchas internas recurren a pastillas para dormir y éstas se les suelen administrar por las mismas autoridades.

Las dificultades de concentración y la indecisión son síntomas que considera el BDI-II. En este estudio estos dos ítems tuvieron puntuaciones globales bajas. Esto puede explicarse por lo descrito por Ainsworth (2000), quien afirma que la actividad cognitiva del cerebro se ve afectada solo en fases avanzadas del trastorno. Como ya se mencionó en la muestra con la que se trabajó solo una persona tendría un trastorno de depresión severo.

Según lo encontrado en la literatura se esperaría que el ítem sobre suicidio tenga puntuaciones más altas; sin embargo, en la muestra se encontró que este, en particular, es el tercer ítem más bajo, esto podría explicarse puesto que solo uno de los casos de la muestra tiene niveles severos de depresión. No obstante es sabido que muchas internas tienen conductas autoagresivas, que Dio Bleichmar (1991) describe como un atentado parcial contra la vida. Esto se encuentra en la observación, aún si los resultados no lo confirmen, y en la literatura revisada (Liebling, 1993). La diferencia entre la literatura y lo encontrado podría explicarse por la no aceptación de esa conducta como un atentado contra la vida por parte de las internas. Además el BDI-II en el ítem referente al suicidio no toma en cuenta los atentados contra la vida solo los pensamientos de muerte.

El segundo ítem del BDI-II mide el pesimismo, este obtuvo puntuaciones globales bastante bajas, 13, siendo el segundo más bajo. Ainsworth (2000) afirman que los pacientes suelen sentir pesimismo, minusvalía y desesperanza. La minusvalía en el caso particular de esta muestra también reveló niveles bajos, 5, por lo que es el ítem que obtuvo la puntuación más baja de toda la prueba. Sin embargo, la culpa y el sentimiento de fracaso mostraron niveles más altos, 68 y 39 respectivamente. Lo que muestra una discordancia entre la literatura y los resultados obtenidos, puesto que para Stirling y Hellwell (1999), los sentimientos de culpa se deben a que el paciente piensa constantemente en los errores que cometió en el pasado, siendo esta es una característica fundamental de los pacientes con depresión (Mondimore, 2006). Esta diferencia puede deberse a que si bien las internas tienen sentimientos negativos sobre lo pasado miran positivamente al futuro, lo que podría explicar los niveles bajos de depresión en esta población puesto que para Beck (1979) uno de los rasgos fundamentales de los pacientes deprimidos es la mirada negativa del paciente hacia el futuro. Boothby y Durham (1999) afirman que esto puede deberse a una falla en la prueba, puesto que se ha encontrado que el BDI-II podría no medir la depresión en esta población sino más bien el malestar que el encarcelamiento genera. Esto explica el por qué las internas tienen sentimientos negativos sobre el presente pero esto no afecta sus sentimiento sobre el futuro. En este estudio no se consideró cuantas de las internas estaban próximas a salir en libertad, dato hubiera podido explicar aún más los resultados de estos ítems.

El ítem que obtuvo puntuaciones más altas fue el 6, que hace referencia al sentimiento de estar siendo castigados, dato muy diferente a lo encontrado por otros estudios con poblaciones distintas, por ejemplo, en la adaptación española de la prueba (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003). Esto se puede explicar por el contexto en el que se realizó esta investigación, donde las internas efectivamente están siendo

castigadas. Sin embargo, hay pocos datos en la literatura sobre este tema puesto que en uno de los dos estudios encontrados donde se aplican el BDI-II en población penitenciaria se eliminó este ítem del análisis puesto que dañaban la consistencia interna (Palmer & Binks, 2008). En el otro estudio, los datos encontrados son similares a los encontrados en esta investigación, este ítem obtiene puntuaciones significativamente mayores al resto tanto en hombres como en mujeres (Boorthby & Durham, 1999) Sin embargo, los autores también concluyen que este ítem debe ser eliminado de la prueba cuando se aplica en población penitenciario pues puede llevar a error en la interpretación de la severidad de la depresión. Para esta investigación se decidió no eliminar este ítem porque se consideró que era importante mencionarlo en la discusión y no afectaba significativamente los resultados globales de la prueba puesto que el alfa de Cronbach de la escala fue de 0.807 y esta hubiese sido 0.817 si este ítem se hubiese eliminado.

Para terminar de analizar los datos obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, se hará una breve descripción de las correlaciones que se obtuvieron entre los resultados del inventario y los datos sociodemográficos de las participantes del estudio. Encontramos una correlación negativa baja entre el estado civil y el nivel de depresión de las participantes lo que podría significar que en las internas que poseen una pareja se encuentra niveles más altos de depresión. Borja, Aguado y Urquiza, explican esto afirmando que para las mujeres el encarcelamiento significa no sólo la privación de la libertad, sino también la separación de la familia, la imposibilidad de cuidar a los hijos, la carencia afectiva, el estancamiento del desarrollo familiar. Sin embargo, entre el número de hijos y el nivel de depresión no se encontró una correlación significativa. También se encontró una correlación significativa negativa baja entre la edad y el nivel de depresión, lo que significa que en las internas de menor edad hay mayor grado de depresión, dato similar al obtenido por Boothby y Durham (1999). Los autores explican que esto puede deberse a que los prisioneros más jóvenes pueden también estar experimentando su primera reclusión por lo que el cambio que genera el encarcelamiento los afecta más que a aquellas personas que ya lo vivieron. Por otra parte, en la literatura se halló que la depresión en población libre parece hacer una curva con relación a la edad, por lo que hay niveles altos de depresión en las personas más jóvenes y las personas mayores (Mirowsky & Ross, 1992)



### *Relación entre ambas variables*

Para comenzar a analizar los datos obtenidos en la relación entre prácticas religiosas y la sintomatología depresiva es importante notar lo descrito por Miller y Kelley (2005), ellos afirman que buscar la causalidad en esta relación es una tarea imposible. Sin embargo, este vínculo tiene una base muy profunda puesto que la religión es fuente de profundas experiencias emocionales, además esta influye tanto en la generación como en la modulación de emociones (Emmos, 2005).

Los resultados obtenidos en esta investigación sobre la relación entre prácticas religiosas y sintomatología depresiva muestran que no hay una correlación significativa entre estas dos variables. Esto puede deberse a diversas razones, una de ellas es que la relación entre la religiosidad y salud no es una relación unidireccional, por que varía para cada una de los muchos elementos que incluye la salud mental. (Miller & Kelley, 2005).

La relación entre religiosidad y depresión es sumamente compleja puesto que distintas prácticas religiosas se relacionan de maneras distintas con este trastorno. Por ejemplo la participación religiosa, entendida como la pertenencia a un grupo de oración, al ofrecer un importante soporte social contribuye a disminuir la sintomatología depresiva (Ellison & George, 1994); y por otra parte, la asistencia a celebraciones religiosas está relacionada a la autoestima positiva (Perez, Sandino & Gomez, 2005). Sin embargo, en este estudio no se encontró una correlación negativa significativa entre estas prácticas y el puntaje obtenido en el BDI-II. Los ítems en los que si se encontró una correlación negativa significativa fueron el 5 (Me comporto como dios espera que lo haga), el ítem 8 (Leo la Biblia) y el ítem 9 (Canto como forma de orar). Obteniendo correlaciones de  $-0.478$ ,  $-0.302$  y  $-0.308$  respectivamente. Estos ítems además mostraron puntajes más bajos al promedio.

Esto podría explicarse desde lo descrito por Donahue y Neilsen (2005) quienes afirman que hay dos formas de religiosidad: la intrínseca y la extrínseca. Por religiosidad extrínseca se entiende aquella que está volcada hacía la búsqueda de algo concreto. La religiosidad intrínseca es aquella en donde la finalidad de los ritos y creencias es la religiosidad misma. Esta última es la forma de religiosidad que más se relaciona con el bienestar significativo. Los ítems con correlaciones negativas significativas podrían considerarse ítems de religiosidad intrínseca, en particular el ítem 5, puesto que no buscan un beneficio en contraposición al ítem 3 (Rezo a Dios para pedirle que me ayude), sin embargo, es significativo resaltar que estos no son los únicos ítems que podrían ser clasificados de esta manera. Es importante notar que

estos no son constructos completamente aceptados por la dificultad que se genera al tratar de definirlos.

Por otra parte, Miller y Kelley (2005) afirman que prácticas religiosas privadas, como podrían ser la lectura de la Biblia y los cánticos, son percibidas como más positivas para superar la depresión. En contra posición, Ellison y George (1994) afirman que la pertenencia a un grupo religioso es fuente de soporte emocional por lo que las prácticas que se realizan en grupo serían beneficiosas para enfrentar la depresión. En este estudio no se indagó sobre la forma en que se realizan estas prácticas por lo que sería relevante para una futura investigación tomar esto en consideración, para tratar de explicar mejor los resultados obtenidos.

Para concluir, no se puede dejar de mencionar que Pérez, Sandino y Gómez (2005), en el estudio que realizaron en Colombia encontraron que la asistencia a celebraciones religiosas estaba relacionada con una autoestima positiva en mujeres. Por su parte, Leviit y Booker Loper encontraron una correlación negativa entre prácticas religiosas y depresión en mujeres internas de un penal de Estados Unidos. Sin embargo, en este estudio no se encontraron datos similares a los resultados propuestos por estos estudios. Los estudios realizados con hombres usando estas variables (Allen, Lee Phillips, Lee Roff, Cavanaugh & Day, 2008 y Perez, Sandino & Gomez, 2005) muestran correlaciones negativas, por lo que los resultados podría no estar relacionados con el sexo. Esto es una prueba más de las controversias que hay en el estudio de la religiosidad y su posible relación con la salud mental en general.

#### *Limitaciones del estudio*

La principal limitación es que este es un estudio inicial lo cual dificulta predecir cuales serían los resultados, puesto que no se han encontrado otros estudios que midan la depresión y las prácticas religiosas en una población de mujeres encarceladas en el Perú. Los resultados que aquí se describen podrían llevar a futura investigaciones sobre el tema y sobre la relación entre ambas variables.

Además las características correlacionales del estudio no permiten conocer si existe una relación causal entre las prácticas religiosas que sí muestran una correlación significativa con la sintomatología depresiva. Es importante notar que las características propias de una variable como es las prácticas religiosas impiden llegar a conclusiones causales (Miller y Kelley, 2005). Por ello sería relevante seguir estudiando este tema.

Otra limitación que presenta este estudio es su naturaleza transversal puesto que un estudio longitudinal permitiría conocer cómo evolucionan las variables durante



el tiempo de reclusión y cómo cambia su relación a lo largo de este tiempo. Esto es de particular importancia pues el tiempo de reclusión genera en las personas que lo viven grandes cambios que podrían afectar a ambas variables.

El uso de instrumentos de auto-reporte también genera limitaciones debido a que estos confían en la propia capacidad auto-evaluación de la persona evaluada. Además, en este estudio en particular la deseabilidad social juega un papel importante en la forma cómo las internas responden a la prueba.

Finalmente es importante notar que la muestra utilizada para esta investigación es solo representativa de uno de los tres establecimientos penitenciarios de mujeres de Lima y que este penal por sus características propias se diferencia en gran medida de los otros. Por esta razón sería interesante replicar este estudio en los otros penales que entre otras características poseen poblaciones bastante mayores a la del penal de donde se tomó la muestra, por lo que se podría utilizar una muestra aún mayor.

#### *Lineamientos para futuras investigaciones y recomendaciones*

Una característica de los estudios de iniciales sobre un tema, como este, es generar más preguntas que respuestas, puesto que los datos encontrados nos abren una inmensa gama de preguntas que no fueron consideradas en un principio por la falta de literatura sobre el tema.

Dada la complejidad de una variable como es las prácticas religiosas sería interesante incluir preguntas abiertas, en donde las participantes puedan explicar más afondo el por qué prefieren una práctica sobre otra y lo que estas significan para ellas. Además de tomar en cuenta cómo y cuándo realizan cada una de las prácticas religiosas.

Por otra parte hubiese sido necesario tomar en cuenta la posibilidad de que las participantes además de presentar sintomatología depresiva presenten trastornos de ansiedad. Por ello debió ser controlada y medida también esta variable.

La inclusión de un grupo de comparación conformado por mujeres de características similares pero que no estén reclusas en un centro de detención hubiera sido de ayuda para saber cómo este grupo en particular difiere de la población libre. Lo que nos hubiese permitido reconocer las características propias de cada variable en la población penitenciaria.

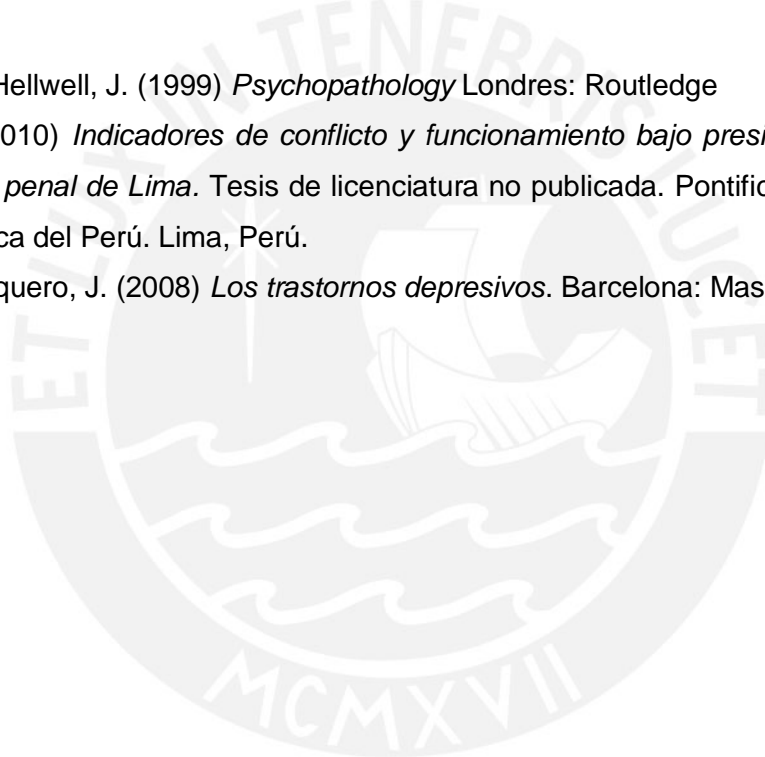
## Referencias

- Ainsworth, P (2000) *Understanding Depression*. Mississippi: University Press of Mississippi.
- Alcantara, N. (2008) *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH* Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Allen, R., Lee Phillips, L., Lee Roff, L., Cavanaugh, R. & Day, L.(2008). Religiosness/Spirituality and Mental Health among older inmates. *The Gerontologist* Vol. 48
- APA(2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006) *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: The Guilford Press.
- Bieling, P. & Segal, Z. (2004) Cognitive Models and Issues in Depression. *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*. Edinburgo: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Binswanger, I., Merrill, J., Krueger, P., White, M., Booth, R. & Elmore, J., (2010) Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. *American Journal of Public Health* Vol. 100 N.3
- Birmingham L. (2004). Mental disorder and prisons. *Psychiatric Bull* 28: 393–397.
- Blazer, D. (2009). Religion, Spirituality, and Mental Health: What We Know and Why This Is a Tough Topic to Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 54 N.5
- Boorthby, J. & Durham, T. (1999) Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice Behavior*. Vol 26, 1.
- Borja, C; Aguado, T. & Urquiza, J. (2006). *La mujer en el sistema penitenciario peruano*. Lima y Junta de Andalucía: IDEMSA.
- Bowlby, J. (1980) *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Brama, A., Beekman, A., Knipscheer C. & Deeg, D. (1998) Religious denomination and depression in older Dutch citizens: patterns and models. *Journal of aging and Health*, 10 (4), 483-503.

- CENECP (2007) *Diagnóstico de Salud Mental en Establecimientos Penitenciarios*.  
Lima, Perú
- Clark, D. & Beck, A. (1999) *Scientific foundations of cognitive therapy and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Curwen, B., Palmer, S. & Ruddell, P. (2000) *Brief Cognitive Behavior Therapy*. Detroit: Sage Publications Ltd.
- Dio Bleichmar, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Donahue, M. & Neilsen, M. (2005) Religion, Attitudes and Social Behavior. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Nueva York: The Guilfor Press.
- Ellison, C. & George, L. (1994) Religious involvement, social ties, and social support in a southeastern community. *Journal for the study of Religion*, 33, 46-61
- Emmos, R. (2005). Emotion and Religion. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Nueva York: The Guilfor Press.
- Haman, G. (2003) *Religión y actitudes hacia el tratamiento en pacientes esquizofrénicos*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Hernández, R., Fernández, C. & Batista, P. (2003) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill
- Idler, E. & George, L. (1998) What Sociology can help us understand about religion. *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Academic Press.
- INEI (2008) Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda, Perfil Sociodemográfico del Perú Segunda Edición
- Kerley, K., Matthews, T. & Blanchard, T. (2005). Religiosity, Religious Participation, and Negative Prison Behaviors. *Journal for the Scientific Study of Religion* (2005) 44(4):443–457
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en las ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kornuzco, E. (2003). *Understanding Delinquency: A study of Spirituality, self representation and ego defenses*. San Francisco: Alliant International University
- Krause N., Ingersoll-Dayton, B., Ellison, C., & Wulff, K. (1999) Aging, Religious Doubt and Psychological Well-Being. *En The Gerontologist*; Oct, 1999; 39, 5.
- Levitt, L. & Booker Loper A. (2009). The Influence of Religious Participation on the Adjustment of Female Inmates. *American Journal of Orthopsychiatry* Vol. 79, No. 1, 1–7
- Liebling, A. & Maruna, S. (2005). *The Effects of Imprisonment*. Devon: Willan Publishing.

- Marzal, M. (2000) Categorías y números en la religión del Perú hoy En *La religión en el Perú al filo del milenio*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- McCullough, J. (2003) *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherap*. Nueva York: The Guilford Press
- McWilliams, N. (1994) *Psychoanalytic Diagnosis, Understanding personality structure in the clinical process*. New York, London: The Guilford Press
- Miller, L. & Kelley, B. (2005) Relationship of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Nueva York: The Guilfor Press
- Mirowsky, J. & Ross, C. (1992) *Age and Depression* en Journal of Health and Social Behavior, Vol 33, No 3. 187-205
- Mondimore, F. (2006) *Depression, the Mood Disease*. Baltimore: The John Hopkins University press.
- Munetz, M., Grande, T. & Chambers, M. (2001) The Incarceration of Individuals with Severe Mental Disorders. *Community Mental Health Journal* 2001; 37, 4
- Murdoch, N., Morris, P. & Holmes, C. (2008) Depression in elderly life sentence prisoners. *International Journal of geriatric psychiatry* 2008; 23: 957–962.
- Norris, P. & Inglehart, R. (2004) *Sacred and Secular Religion and Politics Worldwide*. Nueva York: Cambridge University Press
- Palmer, E. & Binks, C. (2008) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II with incarcerated male offenders aged 18–21 years. *Criminal Behaviour and Mental Health* 18: 232–242 (2008)
- Palmer, E. & Connelly, R. (2005) Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health* 15(3): 164-170
- Park, C (2006) Religiousness and Religious Coping as determinants of stress-related growth. En *Archive for Psychology of Religion*, Vol. 18
- Perez, A., Sandino, C. & Gomez, V. (2005). Relación entre depresión y prácticas religiosas: un estudio exploratorio. En *Suma Psicológica*, Vol. 12, No. 1:77-86
- Piaget, J. (1970). *La construcción de lo real en el niño*. Buenos Aires: Proteo
- Pomeroy, E., Kiam, R. & Abel, L. (1998). Meeting the mental health needs of incarcerated women. *Health and Social Work* 23(1)
- Rodríguez, L. (2008) *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

- Romero, C. (2000) Comunidades Cristianas: vinculando lo público y lo privado. *La religión en El Perú al filo del milenio*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Sanz, J., Perdigón, A. & Vázquez, C. (2003) Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 2003, vol. 14 n°. 3 - Págs. 249-280
- Shafranske, E. (2005). The Psychology of religion in clinical and counselling psychology. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Steadman, H., Osher, F., Clark Robbins, P., Case, B. & Samuels, S. (2009) Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*, Vol. 60 No. 6
- Stirling, J. & Hellwell, J. (1999) *Psychopathology* Londres: Routledge
- Valdez, R. (2010) *Indicadores de conflicto y funcionamiento bajo presión en internos de un penal de Lima*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Vázquez-Barquero, J. (2008) *Los trastornos depresivos*. Barcelona: Masson











**Anexo A. Ficha de datos**

Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Número de hijos (y sus edades): \_\_\_\_\_

Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

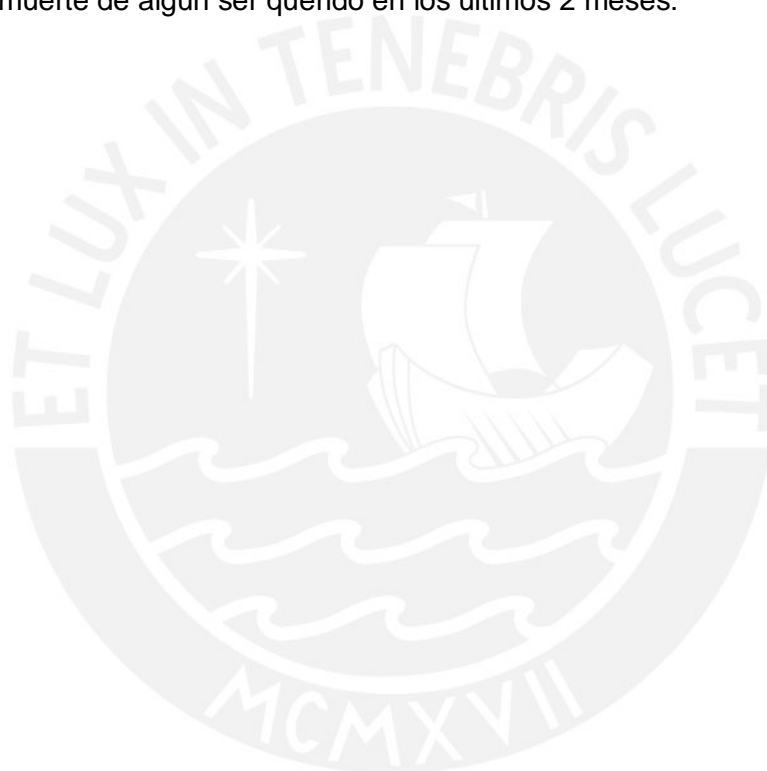
Ocupación previa al ingreso: \_\_\_\_\_

Situación jurídica: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a la institución: \_\_\_\_\_

Tiempo de reclusión: \_\_\_\_\_

Ha sufrido la muerte de algún ser querido en los últimos 2 meses:      SI    NO





**Anexo B. Adaptación de la Escala de Prácticas Religiosas (Haman, 2003)**

1. Asisto a las celebraciones religiosas que se realizan en el penal.

Siempre      Casi siempre      A veces      Casi nunca      Nunca

2. Participo en las festividades religiosas que organiza el penal.

Siempre      Casi siempre      A veces      Casi nunca      Nunca

3. Rezo a Dios para pedirle que me ayude.

Siempre      Casi siempre      A veces      Casi nunca      Nunca

4. Participo en las actividades religiosas realizadas por el penal.

Siempre      Casi siempre      A veces      Casi nunca      Nunca

5. Me comporto como Dios espera que lo haga.

Siempre      Casi siempre      A veces      Casi nunca      Nunca

6. Le rezo a Dios para agradecerle.

Siempre      Casi siempre      A veces      Casi nunca      Nunca

7. Transmito mi fe a Dios a personas cercanas.

Siempre      Casi siempre      A veces      Casi nunca      Nunca

8. Leo la Biblia

Siempre      Casi siempre      A veces      Casi nunca      Nunca

9. Canto a dios como forma de orar.

Siempre      Casi siempre      A veces      Casi nunca      Nunca



## Anexo C. Consentimiento Informado

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

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

La presente investigación es conducida por Ana Fiorella Dasso Vassallo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es conocer la sintomatología depresiva y las prácticas religiosas en las participantes e indagar sobre la posible relación entre estas variables.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas preguntas y completar dos pruebas. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

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

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ana Fiorella Dasso Vassallo. He sido informada de que la meta de este estudio es conocer la sintomatología depresiva y las prácticas religiosas en las participantes e indagar sobre la posible relación entre estas variables.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ana Fiorella Dasso Vasasllo.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Ana Fiorella Dasso Vassallo.

-----  
Nombre del Participante  
(En letra de imprenta)

Firma del Participante

Fecha