



*Tesina de la Carrera de Derecho de la Universidad de Valparaíso*

**¿LA CÁRCEL COMO RÉGIMEN PUNITIVO, PRELUDIO PARA LA  
FORMACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES?**

*Un acercamiento desde la realidad carcelaria chilena*

Ester Isabel Vilches González

*Profesor Guía*

Silvio Cuneo Nash

Marzo, 2020

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
---------------------------	---

### **CAPÍTULO I: FACTORES QUE REPERCUTEN EN LA SALUD MENTAL DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD**

1. Estudio de las condiciones carcelarias en Chile .....	2
1.1 Hacinamiento.....	2
1.2 Deficiencia en la estructura de algunos recintos penitenciarios.....	4
1.3 Los horarios de encierro y desencierro en los recintos penales.....	5
1.4 Abusos en la aplicación de sanciones, especialmente la de internación en celda solitaria.....	6
1.5 Deficiente atención médica.....	7
1.6 Estigmatización y bajas expectativas luego de salir de prisión.....	9

### **CAPITULO II: LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN CARCELARIA**

1. Prevalencia de trastornos mentales y deterioro de la salud mental al ingreso de la cárcel.....	10
2. Trastornos por uso de sustancias durante el encarcelamiento.....	15
3. Suicidio en prisioneros.....	18

### **CAPÍTULO III: ¿CÓMO SUBSANAR EL DESGASTE EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD?**

1. Programas de atención en Chile para las personas con trastorno mental en prisión.....	21
2. Directrices para enmendar el sistema penitenciario chileno.....	22
2.1 Profesionalización del personal de Gendarmería.....	22
2.2 Condiciones carcelarias adecuadas.....	23

2.3 Diseño de un programa de salud mental.....	23
3. Prevención del suicidio.....	24
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>31</b>

## Tabla de abreviaturas

CCP	Centro de Cumplimiento Penitenciario
CDP	Centro de Detención Preventiva
CESC	Centro de Estudios de Seguridad Ciudadana
COSAM	Centro de Salud Mental
DSMI-IV	Manual Diagnóstico y Estadística de enfermedades mentales
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos
PRECA	Informe de Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles

### *Resumen*

No es novedad que las personas privadas de libertad gozan de forma limitada de sus derechos fundamentales, ya que producto de las problemáticas condiciones de vida que se suscitan en las cárceles, la población penal es más vulnerable respecto de su derecho a la salud, específicamente de su derecho a la salud mental, y cómo este ambiente carcelario presenta una mayor prevalencia para padecer alguna enfermedad y/o trastorno mental.

### *Palabras claves*

Enfermedad – Cárcel – Salud – Derechos – Presos

## INTRODUCCIÓN

En la presente tesina se abordará la problemática referida a la salud mental en la población carcelaria y como está se agrava producto de las condiciones que los presos se ven expuestos en las cárceles, se detallará ampliamente las diversas situaciones que se presentan allí. Se enfocará en estudios recientes en el que se analizan y estudian distintos recintos penales y su infraestructura, mientras la persona esta privada de libertad.

Asimismo, con datos cuantitativos se analizará que dentro de las cárceles la salud mental de los presos se ve aún más menoscabada, debido a la realidad carcelaria que analizaremos en el capítulo primero de esta tesina.

Dentro de las diversas aristas de este tema, nos focalizaremos respecto del uso de sustancias que facilita el detrimento de la salud mental en la población carcelaria, y cómo están intrínsecamente relacionados, y también se centrará en una de las causas de muerte dentro de los recintos carcelarios, el cual es el suicidio.

Para finalizar, respecto de las diversas problemáticas suscitadas que se presentan, se tratará de abordar soluciones, teniendo en consideración el déficit de propuestas existentes en materias como estas, y que a lo largo de esta investigación se vislumbró como urgentes, y puse especial atención a la prevención del suicidio, ya que lamentablemente sería la consecuencia culmine de un aparato estatal pobre en materia de asegurar el derecho a tener acceso a la salud en los recintos penitenciarios.

# **CAPÍTULO I: FACTORES QUE REPERCUTEN EN LA SALUD MENTAL DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD**

## **1. Estudio de las condiciones carcelarias en Chile**

Actualmente existe un crecimiento de la población penitenciaria de América Latina (Villagra, C., Espinoza, O. y Martínez, F. 2014), y en tal contexto Chile se ubica en el sexto lugar de los países de la región con mayores tasas de población carcelaria por cada cien mil habitantes.

El uso de la pena privativa de libertad en América Latina y el Caribe, las autoras Dammert y Zúñiga, sitúa a la salud mental de los reclusos en crisis, por la invisibilización de este problema, y, además, por la falta de prioridad de esta temática en las políticas públicas. De este modo advierten las autoras que la preocupación de la ciudadanía y la política deja de lado la mirada hacia la rehabilitación o reinserción de la población penal y se sitúa más bien en el castigo efectivo del delito (2008: p. 44).

En ese sentido el INDH ha sostenido en diversos informes anuales que las políticas penitenciarias deben dirigirse a la rehabilitación y reintegración, y que el uso irracional de la pena privativa de libertad, las condiciones de hacinamiento, las malas condiciones carcelarias, y la privación generalizada de derechos a la población penal dificultan contribuir a mejorar la salud de los reclusos (2022: p. 30).

### **1.1 Hacinamiento**

La comisión Interamericana de Derechos Humanos ha dicho que el hacinamiento puede ser constitutivo de tratos crueles, inhumanos o degradantes. El hacinamiento de los internos deteriora sus condiciones de vida, en tanto en aspectos materiales como en la precariedad del respeto de su derecho a la vida e integridad física y psíquica, disminuyendo a la vez sus posibilidades de acceder a beneficios penitenciarios y sus probabilidades de reintegrarse socialmente, debido a las dificultades que implica para la adecuada implementación de programas

de reinserción social. En consecuencia, la finalidad de prevención especial positiva de la privativa de libertad resulta disminuida o sencillamente no se cumple.

En un contexto de hacinamiento aumenta la probabilidad de que se produzcan detrimentos en la salud física y/o mental, como resultado de las malas condiciones de vida y falta de vigilancia interna. Hay consecuencia a nivel de infraestructura y recursos, con déficit de espacios habitables insuficiencia de servicios básicos; otros efectos se generan en el nivel disciplinario con una limitada presencia de funcionarios, un aumento de niveles de violencia y violaciones importantes a los derechos humanos, de este modo la sobrepoblación penitenciaria pasa a ser un factor determinante en el respeto a los derechos humanos y en estricta relación a la integridad personal.

En febrero de 2018, la Fiscalía Judicial de la Corte Suprema publicó su informe sobre los principales problemas detectados en las visitas de cárceles realizadas el año 2017 por los fiscales judiciales. Este informe, el cual tradicionalmente se ha ido elaborando, describe las situaciones de mayor urgencia y principales violaciones de derechos que los fiscales judiciales del país pudieron constatar en los diversos centros penitenciarios.

La Fiscalía judicial de la Corte Suprema, junto a su equipo, visitó 53 centros penitenciarios (de un total de 92) a lo largo del país durante 2017, concluyendo, dentro de otros hechos, que de las 15 regiones, hay 8 donde las cárceles superan el 100% de su capacidad, incluso en algunos recintos la población duplica y a veces sobrepasa el doble de la población penal para lo cual fue construido el establecimiento. Asimismo, el complejo penitenciario de Valparaíso presenta una sobrepoblación que alcanza al 42% pues su capacidad real son 1919 internos y su población al momento de la visita era de 2.444 internos. (2008: p. 4-6)

Por ejemplo, en 2015 un estudio llevado a cabo por el CESC estableció que, al 2014, existía un 113% de hacinamiento a nivel nacional, específicamente un 188% en hombres y un 77% en mujeres. Lo más preocupante, de acuerdo a dicho estudio es que algunos recintos penitenciarios podían llegar incluso a una sobrepoblación de un 200%.

En el informe 2009, se indica que la población penal ascendía a más de 50.000 reos, siendo la capacidad máxima de las cárceles un poco más de 30.000. Se constató, entonces un 55% de sobrepoblación, existiendo cárceles que llegaban a superar en un 400% la capacidad máxima. En el Informe 2011 se afirmó una cuestión similar, brindando el ejemplo del documento elaborado

por la Corte de Apelaciones de Santiago en el que se indicó que en el Centro de Detención Preventiva Santiago Sur, al menos 106 reos dormían sin techo en la calle 9 del recinto.

## **1.2 Deficiencia en la estructura de algunos recintos penitenciarios**

Los estándares internacionales de derechos humanos, entre ellos las Reglas Mandelas<sup>1</sup>, disponen que debe existir cantidad suficiente de luz natural y artificial, ventanas, ventilación, volumen de aire y calefacción según el clima, higiene y que deben estar presente tanto en espacios de alojamiento como de trabajo de quienes están privados de libertad.

Durante los recorridos que realizó el INDH a las 40 unidades penales en los años 2007 y 2017, se observan falencias que atenta contra las condiciones de vida en contexto de dignidad. Estas se aprecian en situaciones como, por ejemplo, el no tener servicios higiénicos al interior de las celdas y, por esa razón, un acceso limitado al agua, instalaciones eléctricas deficientes y peligrosas, falta de platos y cubiertos para consumir alimentos, reducida disponibilidad de comedores, no contar con calefacción en lugares donde este servicio resulta necesario, por nombrar algunos aspectos (2017: p-51).

Como indica el informe de la Fiscalía Judicial se constataron “severas deficiencias de infraestructura, especialmente en cuanto a las instalaciones eléctricas, de agua, alcantarillado, carencia de espacios para servir las distintas comidas”.

Por ejemplo, en el CCP de Copiapó, los espacios son reducidos, no hay comedores y los escasos baños que existen están en estado deplorable. En el caso del CDP de Ovalle, se constatan graves deficiencias en el sistema eléctrico, con alto riesgo para los funcionarios e internos, como tampoco se cuenta con una red húmeda ni seca para casos de incendio.

En el CCP de Nueva Imperial, se presentaban circunstancias favorables para el desarrollo de microorganismo dañinos para la salud, tales como celdas o módulos sin agua potable, falta de inodoros, ambientes oscuros y húmedos, entre otros.

---

<sup>1</sup> Éstas son recomendaciones que Naciones Unidas hace a los Estados para tratar a los reclusos y administrar las cárceles.

En distintos dormitorios del CCP Copiapó existían chinches, baratas, problemas de salud relacionados con la plaga de insectos, ya sea por picadura u otro medio. Mas del 50% de los establecimientos en estudio no contaba con acceso al agua potable durante las 24 horas ni con baños (2018: p.11-12).

### **1.3 Los horarios de encierro y desencierro en los recintos penales**

De acuerdo a los estándares internacionales en materia de derechos humanos, en las Reglas Mínimas sobre el Tratamiento de los Reclusos plantean la prohibición de penas corporales, encierro en celda oscura, así como toda sanción cruel, inhumana o degradante, como sanción disciplinaria.

El reglamento de Establecimientos Penitenciarios N°518, en lo referido al régimen penitenciario, en su artículo 27 establece que “la Administración Penitenciaria por Resolución del Director Regional respectivo, establecerá el horario que regirá las actividades de los establecimientos penitenciarios, que fomente hábitos similares al del medio libre, tales como horas de inicio y término de la jornada diaria, y de alimentación, garantizando al menos ocho horas diarias para el descanso. En el resto del horario deberán atenderse las necesidades espirituales y físicas, las actividades de tratamiento, formativas y culturales de los internos”.

Se ha constatado que normalmente se mantienen encerradas a las personas privadas de libertad, ya sea en sus celdas individuales o colectivas entre 14 y 16 horas diarias.

Existe evidencia irrefutable que demuestra los efectos perniciosos que se generan en la salud de los internos al aplicarse esta medida. Por ejemplo, un estudio realizado a una serie de pacientes que ingresaron en un hospital psiquiátrico en Dinamarca, en las tasas de hospitalización por afecciones psíquicas señala que “la posibilidad de ser internado por razones psiquiátricas era cerca de 20 veces mayor que para una persona no sometida a aislamiento solitario, por el mismo periodo de tiempo” (Sestoft y otros, 1988: p. 105).

#### **1.4 Abusos en la aplicación de sanciones, especialmente la de internación en celda solitaria**

El Reglamento de Establecimientos Penitenciarios contempla, entre otras sanciones a las faltas disciplinarias que cometan los internos, la de internación en celda solitaria, que debe cumplirse en la misma celda, o en otra de análogas condiciones de higiene, iluminación y ventilación, y en la que pueden permanecer los internos hasta por períodos de 15 días. Antes del año 2013, estas sanciones se cumplían en las denominadas celdas de castigo, sin embargo, en virtud de resolución dictada en aquel año, se mantuvo la existencia de celdas de aislamiento, pero restringió significativamente su utilización para sancionar casos graves ocurridos al interior de los recintos penitenciarios.

Dichas celdas de aislamiento, según se pudo observar en las visitas realizadas el año 2017, se utilizaron mayormente para lograr segregación, ya sea por razones de seguridad respecto del propio interno, o bien para mantenerlos provisoriamente en ella mientras se buscaba la sección o recinto a donde definitivamente debía ser enviado el interno. Ahora bien, se ha observado en la práctica en algunos recintos penitenciarios que dichas celdas, no disponen luz eléctrica, y se encuentran con deficientes condiciones higiénicas en su interior.

Una de las sanciones reglamentarias que se debe supervisar constantemente es la de aislamiento en celda solitaria, ya que es precisamente respecto de esta que los estándares internacionales de derechos humanos de las personas privadas de libertad promueven su eliminación y la estricta regulación en su uso (et al. 2017: p. 96).

En 2008, la Relatoría de la Corte Interamericana de Derechos Humanos había señalado como un aspecto preocupante, un excesivo e innecesario uso de la fuerza, una práctica sistemática de malos tratos físicos por parte del personal de Gendarmería y el uso de medidas de aislamiento en condiciones infrahumanas (2008: p.34).

Ello se hizo patente tras el terremoto del 27 de febrero de 2010, así como en los tratos denigrantes que gendarmes infligieron a un grupo de reclusos del penal de Villarrica, denunciados en mayo de ese año.

Recordemos que la situación de vulnerabilidad y dependencia ante la autoridad en que se encuentra el recluso genera un escenario donde se hace más probable que sufra de algún tipo de abuso físico y, a su vez, de la invisibilización del mismo. Como ejemplo de lo señalado, encontramos el caso ocurrido en el recinto penitenciario Santiago 1, en enero del 2018, tras la filtración de un video, se logra apreciar el momento y la forma en que un imputado es golpeado por gendarmes. Finalizada la golpiza, fueron los propios internos quienes tuvieron que llevar al herido al hospital de la cárcel. Luego de dos horas, fue trasladado a la Posta Central y al día siguiente se informó de su fallecimiento producto de una muerte cerebral. En el mismo video se logra apreciar que el imputado fue entregado por gendarmes a funcionarios de ambulancia entre burlas, risas y comentarios del maltrato al imputado.

Otro caso relevante ocurrió en Chillán, el 11 de marzo de 2016, cuando el Juzgado de Garantía de Chillán condenó a seis gendarmes en calidad de autores del delito de aplicación de tormentos o apremios ilegítimos a internos del Centro de Cumplimiento Penitenciario de la ciudad. La resolución detalla que “apartándose de los deberes de control, cuidado y protección que su labor les imponía, los acusados trasladaron a los reclusos a otro sector del recinto procediendo a castigarlos intencionadamente”. A los internos, se les “infringió dolor y sufrimiento mediante agresiones físicas injustificadas y denigrantes que los afectaron física y emocionalmente”. El tribunal añadió que los gendarmes “procedieron a irrespetar el trato digno que el desempeño de su función pública importa, agrediendo de manera irracional e innecesaria” a los internos. De todas maneras, los funcionarios condenados no fueron destituidos y, por tanto, podrían volver a ejercer sus labores en la institución e, incluso, en el mismo recinto penal. (Informe Anual Sobre Derechos Humanos en Chile, 2018: p. 395)

## **1.5 Deficiente atención médica**

En el ámbito de la salud mental la situación es deficitaria, puesto que la atención psiquiátrica no se realiza masivamente en gran medida por carencia de especialistas que quieran laborar en Gendarmería de Chile. Del mismo modo, las atenciones psicológicas son escasas, y solamente estos profesionales se encuentran dedicados a las tareas que demanda la evaluación del proceso de concesión de beneficios penitenciarios. En el caso de las cárceles concesionadas,

la atención de salud es primaria, y las administradoras derivan los casos más complejos a la red pública, pues ellos no tendrían obligaciones para atender situaciones de salud más complejas.

En la misma línea, la Corte de Apelaciones de Santiago en el recurso de amparo N°2154-2009, a propósito de un caso de apremios ilegítimos a los que fueron sometidos veintidós internos de Colina II, ha señalado: “La falta de recursos personales y materiales no excusa a la autoridad penitenciaria a cumplir con su deber de garantizar los derechos de las personas privadas de libertad”.

De lo anterior, se desprende que le corresponde al Estado asumir las responsabilidades ante las negligencias médicas que se puedan producir al interior de los penales o en los recintos médicos que dependen de Gendarmería. Dicho de otro modo, el Estado se encuentra en una posición de garante frente a las personas privadas de libertad, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre quienes están sujetos a su custodia.

Al momento del ingreso a una Unidad Penal se le realiza una evaluación a la persona donde se preguntan aspectos referidos a la salud mental, evaluaciones que realiza el o la paramédico. No obstante, existen unidades penales en que aquello no ocurre como, por ejemplo, en el CDP Tocopilla, CDP Chile Chico o CDP Arauco.

Por lo tanto, la evaluación de salud física es realizada por el paramédico, mientras que la de salud mental, al momento de la observación, no se efectúa por falta de personal idóneo. No existe registro en Chile ni estudios cuantitativos acerca de la cantidad de población penal que presenta cuadros ansioso-depresivos, ni estadísticas respecto de personas con consumo de alcohol y/o drogas al interior de la Unidad Penal. Sin embargo, se afirma que no hay internos con estas necesidades y que tampoco se ha derivado a personas privadas de libertad a unidades psiquiátricas en recintos especializados.

En la práctica es difícil cuando hay reclusos con tratamiento psiquiátrico, pues a veces los medicamentos deben ingerirlos durante la noche y, por tanto, el funcionario no está disponible para su administración o bien no está facultado para realizar esta tarea. En el funcionario evaluador recae, entonces, la responsabilidad de determinar en base al testimonio del interno si existen patologías, si hay antecedentes de ideación suicida o dolencias en el ámbito mental.

En las observaciones que se realizó a los 40 recintos penitenciarios se refiere, por el personal de salud, la existencia de personas que padecen esquizofrenia, depresión, trastornos del sueño,

trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, epilepsia, alopecia, distonía, deterioro cognitivo, trastornos de personalidad o adicciones, teniendo en consideración que al momento de realizar atenciones psicológicas y/o psiquiátricas no existe personal competente.

Sin embargo, hay casos excepcionales, en el que existen profesionales psicólogos contratados para atender a la población penal por salud mental como ocurre en el CCP Punta Peuco. Hay una psicóloga que asiste a la Unidad Penal tres veces por semana y que desarrolla terapias a las internas con el fin de resguardar su salud mental y, de esta forma, ayudar a generar un clima de buena convivencia.

También es esencial la vinculación que tenga el recinto penitenciario con la red de salud externa, sin perjuicio de que se producen inconvenientes asociados a la espera de una hora para la atención. Cuando se pesquisa la necesidad de un psiquiatra, el procedimiento es solicitar una hora a la profesional que está en Concepción o reservar una hora en el sistema público. Sin embargo, esta última opción es más engorrosa, debido a que la persona privada de libertad debe, en primer término, ser evaluada por un médico general, quien determina si es pertinente su derivación al Centro de Salud Mental y luego debe esperar en promedio seis meses para concretar dicha consulta con el psiquiatra.

Hay que señalar que en determinadas situaciones los fármacos son proporcionados por la familia o por la red externa de salud y se les entrega dosificadamente a los internos desde la enfermería de la respectiva Unidad Penal (et. al: p. 82- 84).

## **1.6 Estigmatización y bajas expectativas luego de salir de prisión**

Para el caso de las penas de prisión, Dan Kahan señala que éstas también expresan una fuerte condena social y confieren un estigma, precisamente por la importancia que le damos a la libertad en nuestras sociedades. Dado este valor, al privar a alguien de la misma enviamos el mensaje de que esa persona no merece el respeto que tienen otros miembros más virtuosos de la comunidad. Por ello, dice que las penas de prisión claman el rechazo de quienes han sido marcados por ese castigo. Cabe aclarar que no sólo el castigo penal, sino también el proceso penal tiene un componente de deshonra para el acusado. (2006: p. 8).

De acuerdo con Whitman, hay un grado de contaminación involucrado en el proceso penal mismo. No es necesario, en este sentido, ser declarado culpable ante un tribunal competente para adquirir el estatus social de criminal y ser considerado riesgoso. El mero acto de ser señalado como sospechoso normalmente supone parte de la carga del estatus de “criminal”. Por ejemplo, tras un arresto frecuentemente vemos a los acusados exhibidos por las procuradurías en televisión y prensa como el resultado de su trabajo, no como el punto de partida de una investigación o proceso penal. Estos sujetos no han sido declarados culpables por ningún tribunal, posiblemente ni siquiera han sido acusados formalmente. Sin embargo, por el hecho de ser señalados públicamente como posibles responsables, se transmite el mensaje de que representan un riesgo para la sociedad. Es por ello que, se aboga por prohibir la exhibición pública de la imagen o nombres de sospechosos y procesados, como también se señala que dicha exhibición viola el derecho de presunción de inocencia (2003: p.20).

Una vez estigmatizada como criminal, una persona queda “contaminada” de manera indefinida. Una de las críticas que se hacen a las sanciones de vergüenza es, precisamente, la estigmatización indefinida que producen. Al no haber un tiempo determinado para la duración del efecto de la sanción, queda indefinida, hasta cierto grado, la severidad de la misma. En el caso de las penas de prisión, esto puede verse en la forma en que nuestras sociedades tratan a los excarcelados. Aun cuando se afirme que la pena termina con la liberación, la estigmatización o etiquetamiento persiste y por tanto el rechazo y temor a ellos también (Pérez, 2013: p.296).

## **CAPÍTULO II: LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN CARCELARIA**

### **1. Prevalencia de trastornos mentales y deterioro de la salud mental al ingreso de la cárcel**

Estudios señalan que las tasas de población penitenciaria con trastornos mentales comunes duplican las de la población general y cuadriplican las de trastorno mental grave, lo que convierte a los trastornos mentales en los centros penitenciarios en un grave problema de salud pública,

estando muchos de ellos asociados con los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y alcohol.

Ya que los estudios realizados en población penitenciaria a nivel mundial concluyen que las personas encarceladas tienen entre 4 y 6 veces más probabilidad de padecer un trastorno psicótico o depresión grave que la población general y alrededor de 10 veces más probabilidad de ser diagnosticados de un trastorno antisocial de la personalidad.

Asimismo, según la Organización Mundial de la Salud, se estima que la ocurrencia de trastornos psiquiátricos es siete veces mayor en las personas que se encuentran privadas de la libertad que en la población general. Dentro de los trastornos mentales de mayor incidencia, se ha establecido que la población penal, se presenta en los reclusos una alta prevalencia de trastornos de personalidad con abuso o dependencia de alcohol y drogas, también, se encuentran altos niveles de depresión mayor, trastornos de ansiedad, episodios maníacos, esquizofrenia y, en establecimientos de reclusión de mujeres, se presenta una alta incidencia de estrés postraumático. Estos trastornos tienen influencia en diversas conductas de riesgo como actos impulsivos, comportamientos disruptivos y aumento de eventos violentos entre reclusos, situaciones que se presentan de manera frecuente en dichos establecimiento (Asiri Nathalie, Carolina Díaz, Luisa Ramírez, 2017).

Se define el trastorno mental según el DSMI-IV como un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura. Estos comportamientos interfieren con la capacidad de la persona para desempeñarse en las relaciones interpersonales, el trabajo y otros contextos. En la tabla N°1 se pueden observar los distintos tipos de trastornos de la personalidad y su clasificación y síntomas principales respectivos.

<b>TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</b>	
<b>GRUPO A</b>	
<b>Paranoide</b>	Desconfianza, suspicacia acerca de los motivos ajenos como malévolos.
<b>Esquizoide</b>	Aislamiento en sus relaciones sociales.
<b>Esquizotípico</b>	Conducta excéntrica, imposibilidad para las relaciones íntimas; pensamiento mágico
<b>GRUPO B</b>	
<b>Borderline</b>	Inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen y los afectos, impulsividad marcada
<b>Histriónico</b>	Emocionalidad excesiva y búsqueda de atención.
<b>Narcisista</b>	Grandiosidad, necesidad de admiración, falta de empatía
<b>Antisocial</b>	Desprecio y violación de los derechos ajenos
<b>GRUPO C</b>	
<b>Evitativo</b>	Inhibición social, sentimientos de inadecuación, hipersensibilidad a la crítica negativa
<b>Dependiente</b>	Conductas de enganche y sumisión, necesidad excesiva de recibir cuidado
<b>Obsesivo-Compulsivo</b>	Preocupación excesiva por el orden, perfeccionismo y control.
<b>NO ESPECIFICADOS</b>	
<b>Pasivo-Agresivo Negativista</b>	Actitud negativista y resistencia pasiva a las demandas de funcionamiento laboral y social
<b>Depresivo</b>	Cogniciones depresivas, con sentimientos de tristeza, desaliento, sensación de desamparo, infelicidad y melancolía

Es así que un estudio de origen español, el cual es el PRECA del año 2011, que es el primero en proporcionar datos sobre la prevalencia de trastorno mental en población reclusa general en España, el objetivo de este estudio era obtener datos fiables sobre la prevalencia vida y en el último mes de trastornos mentales en la población reclusa general.

Respecto de la muestra, el número de participantes fue de 707 reclusos, la media de edad de los participantes fue de 36 años, en el que casi el 60% habían tenido contacto previo con el sistema judicial con antecedentes de arrestos o juicios previos, el 54% de los reclusos entrevistados eran reincidentes, el delito más frecuente fue robo seguido de tráfico de drogas, el 7% había cometido asesinato, homicidio y homicidio en grado de tentativa.

Los resultados se muestran en la Tabla N°2:

Tabla 2: Prevalencia vida y mes de trastorno mental

	Prevalencia Vida			Prevalencia en el último mes		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
<b>Muestra total</b>	707	100		707	100	
<b>Trastorno mental</b>	<b>597</b>	<b>84,4</b>	<b>81,8-87,1</b>	<b>291</b>	<b>41,2</b>	<b>37,5-44,8</b>
<b>Trastorno por uso de sustancias (abuso/dependencia)</b>	539	76,2	73,1 - 79,4	124	17,5	14,7 - 20,3
Alcohol	328	46,4	42,7-50,1	5	0,7	0,1-1,3
Cocaína y estimulantes	407	57,6	53,9-61,2	15	2,1	1,1-3,2
Cannabis	356	50,4	46,7-54,0	102	14,4	11,8-17,0
Opiáceos	345	48,8	45,1-52,5	24	3,4	2,1-4,7
Sedantes	182	25,7	22,5-29,0	27	3,8	2,4-5,2
Otros	59	8,3	6,3-10,4	1	0,1	0,0-0,4
<b>Trastornos afectivos</b>	<b>290</b>	<b>41,0</b>	<b>37,4 - 44,6</b>	<b>105</b>	<b>14,9</b>	<b>12,2 - 17,5</b>
Trastorno depresivo mayor	158	22,3	19,3-25,4	55	7,8	5,8 - 9,8
Trastorno depresivo no especificado	18	2,5	1,4 - 3,7	7	1,0	0,3-1,7
Distimia	35	5,0	3,4 - 6,5	23	3,3	1,9 - 4,6
<b>Trastorno afectivo debido a enfermedad médica</b>	5	0,7	0,1 - 1,3	3	0,4	0,0 - 0,9
Trastorno afectivo inducido por sustancias	112	15,8	13,2 - 18,5	20	2,8	1,6 - 4,1
Trastorno bipolar:	13	1,8	0,8 - 2,8	7	1,0	0,3 - 1,7
Trastorno bipolar I	6	0,8	0,2 - 1,5	1	0,1	0,0 - 0,4
Trastorno bipolar II	3	0,4	0,0 - 0,9	2	0,3	0,0 - 0,7
Trastorno bipolar no especificado	4	0,6	0,0 - 1,1	4	0,6	0,0 - 1,1
<b>Trastornos de Ansiedad</b>	<b>320</b>	<b>45,3</b>	<b>41,6 - 48,9</b>	<b>165</b>	<b>23,3</b>	<b>20,2 - 26,5</b>
Trastorno de Ansiedad Generalizada	88	12,4	10,0 - 14,9	49	6,9	5,1 - 8,8
Trastorno de Ansiedad no especificado	107	15,1	12,5 - 17,8	65	9,2	7,1 - 11,3
Trastorno de angustia con agorafobia	14	2,0	1,0 - 3,0	9	1,3	0,4 - 2,1
Trastorno de angustia sin agorafobia	32	4,5	3,0 - 6,1	11	1,6	0,6 - 2,5
Agorafobia	41	5,8	4,1 - 7,5	20	2,8	1,6 - 4,1
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	2	0,3	0,0 - 0,7	0	0,0	0,0 - 0,0
Fobia social	17	2,4	1,3 - 3,5	14	2,0	1,0 - 3,0
Fobia específica	40	5,7	4,0 - 7,4	6	0,8	0,2 - 1,5
Trastorno obsesivo compulsivo	16	2,3	1,2 - 3,4	25	3,5	2,2 - 4,9
Trastorno de ansiedad inducido por tóxicos	114	16,1	13,4 - 18,8	42	5,9	4,2 - 7,7
Trastorno de estrés postraumático	25	3,5	2,2 - 4,9	3	0,4	0,0 - 0,9
<b>Trastorno adaptativo</b>	<b>31</b>	<b>4,4</b>	<b>2,9 - 5,9</b>	<b>NA</b>		
<b>Trastorno somatomorfo</b>	<b>21</b>	<b>3,0</b>	<b>0,8 - 5,0</b>	<b>13</b>	<b>1,8</b>	<b>0,3 - 3,5</b>
Somatomorfo no especificado	13	1,8	0,8 - 2,8	6	0,8	0,2 - 1,5
Hipocondría	4	0,6	0,0 - 1,1	5	0,7	0,1 - 1,3
Trastorno dismórfico corporal	4	0,6	0,0 - 1,1	2	0,3	0,0 - 0,7
<b>Trastorno psicótico</b>	<b>76</b>	<b>10,7</b>	<b>8,5 - 13,0</b>	<b>30</b>	<b>4,2</b>	<b>2,8 - 5,7</b>
Esquizofrenia	2	0,3	0,0 - 0,7	2	0,3	0,0 - 0,7
Trastorno esquizofreniforme	2	0,3	0,0 - 0,7	0	0,0	0,0 - 0,0
Trastorno esquizoafectivo	1	0,1	0,0 - 0,4	1	0,1	0,0 - 0,4
Trastorno delirante	6	0,8	0,2 - 1,5	3	0,4	0,0 - 0,9
Trastorno psicótico breve	6	0,8	0,2 - 1,5	1	0,1	0,0 - 0,4
Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	0	0,0	0,0 - 0,0	1	0,1	0,0 - 0,4
Trastorno psicótico no especificado	29	4,1	2,6 - 5,6	15	2,1	1,1 - 3,2
Trastorno psicótico inducido por tóxicos	50	7,1	5,2 - 9,0	14	2,0	1,0 - 3,0

Analizando la información contenida en la tabla precedente, se puede establecer que la prevalencia vida<sup>2</sup> de presentar cualquier trastorno mental fue del 84,4%. y el trastorno por uso de sustancias fue el más frecuente (76,2%), seguido del trastorno de ansiedad (45,3%), trastorno afectivo (41%) y trastorno psicótico (10,7%).

Entre los reclusos con trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia) los más frecuentes fueron los trastornos por consumo de alcohol y cocaína. Entre los trastornos inducidos por sustancias el más prevalente a lo largo de la vida fue el trastorno de ansiedad (16,1%), seguido del trastorno afectivo (15,8%) y del trastorno psicótico (7,1%).

<sup>2</sup> Según la Real Academia Española, la prevalencia vida es la proporción que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

La prevalencia en el último mes de presentar cualquier trastorno mental fue del 41,2%. El trastorno más prevalente fue el de ansiedad (23,3%), seguido del trastorno por uso de sustancias (17,5%), trastorno afectivo (14,9%) y trastorno psicótico (4,2%).

Asimismo, respecto de los trastornos de la personalidad, alrededor del 80% de los sujetos tenían al menos un trastorno de personalidad. Los trastornos de personalidad cluster B<sup>3</sup> fueron los más prevalentes, ya que el 44% presentaba trastorno límite de la personalidad, el 33% presentó un trastorno narcisista de la personalidad y el 23% un trastorno antisocial de la personalidad. El trastorno de personalidad más frecuente en el cluster A<sup>4</sup> fue el trastorno paranoide de la personalidad, ya que lo presentó un 37% de la muestra analizada.

Se observa claramente que la prevalencia de patología psiquiátrica entre los reclusos españoles es superior a la de la población general. Así, en una muestra de población general española se estimó que la prevalencia vida de trastorno mental en varones fue del 15,7% (Haro, 2006). Según los resultados obtenidos en nuestro estudio la prevalencia de enfermedad mental en población reclusa es alrededor de 5 veces más alta (Estudio PRECA, 2011: pp. 10-16)

Los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos en otros países donde los datos de prevalencia se dan para la población general y la reclusa. El dato obtenido en el estudio del 40% de prevalencia en el último mes de presentar algún trastorno mental según criterios DSM-IV se aproxima mucho a los resultados estimados en otros estudios en los que también se estudió la prevalencia en el último mes. Hasta la fecha, el otro estudio realizado en España procede del Ministerio del Interior, sobre la salud mental en el medio penitenciario del año 2007 que basado en una revisión de diagnósticos psiquiátricos recogidos en las historias clínicas de los internos. Este estudio indicaba que la prevalencia de padecer trastorno mental en población reclusa era del 45,9%, datos muy similares a los del presente estudio.

---

<sup>3</sup> Según el DSMI-IV, la personalidad cluster B, se caracteriza por elementos de dramatización, imprevisibilidad y variabilidad emocional. El grupo «B» incluye los Trastornos de Personalidad: Histriónico, Narcisista, Límite y Antisocial.

<sup>4</sup> Según el DSMI-IV, la personalidad cluster A, se caracteriza por elementos de extravagancia, excentricidad, desconfianza y cierre a los demás, la tendencia a aislarse. El grupo «A» incluye los Trastornos de Personalidad: Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico

Este estudio complementa estos datos aportando una metodología más rigurosa y analizando cada uno de los diagnósticos clínicos según el DSM-IV. La mayoría de los estudios previos en población reclusa han informado de la prevalencia en el último mes, pero no de la prevalencia vida. La considerable variación en la estimación de la prevalencia que oscila entre el 37% y el 94%, puede explicarse parcialmente por el tipo de prevalencia estudiada (vida o último mes), por las diferencias en la selección de la muestra y/o por los diferentes instrumentos de evaluación utilizados en los diferentes estudios (Fazel and Danesh, 2002).

## **2. Trastornos por uso de sustancias durante el encarcelamiento**

La relación causal entre el consumo de drogas y la delincuencia es compleja y no siempre unidireccional. Así, es importante diferenciar entre el drogadicto-delincuente, intoxicación, abstinencia, adicción que delinque directamente por los efectos de la droga o por su carencia del delincuente-drogadicto, que frecuentemente presenta un trastorno antisocial o narcisista de base y cuenta con un amplio historial criminológico, en el que el consumo de drogas es un hecho tangencial (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2007).

El nexo causal entre drogas y delincuencia aparece con mucha frecuencia en circunstancias de actos violentos en casos de intoxicación por alcohol, cocaína, delincuencia funcional, como, por ejemplo, robos, hurtos, estafas, falsificación de recetas, etc. para evitar la abstinencia, especialmente en adictos a la heroína y cocaína; y producción y tráfico a pequeña escala con el único objetivo de autoabastecerse. No se debe descartar tampoco que la relación entre droga y delito responda a un factor latente e inobservado que subyace en ambos comportamientos, como pueden ser situaciones de vulnerabilidad familiar o de exclusión social o un síndrome de comportamiento antisocial general.

Si tomamos como referencia el *modelo tripartito de Goldstein*, este modelo reconoce tres modalidades a través de las cuales puede atribuirse la comisión de delitos al uso y abuso de drogas, las cuales son la atribución sistemática, que son delitos que ocurren al interior del mercado ilegal de drogas, la atribución psicofarmacológica, que son delitos que se cometen bajo

la influencia de drogas, y la atribución económica-compulsiva, que son delitos que se cometen con el propósito de conseguir drogas. (Valenzuela y Larroulet, 2010).

Teniendo claro que la relación droga-delincuencia está íntimamente concatenada y responde a fenómenos complejos, es dable señalar que la problemática de la salud mental en el ámbito carcelario, tiene una estrecha relación con el consumo de sustancias ilícitas en la población penal, estas adicciones en su mayoría son producidas antes de comenzar a delinquir, ya que comienza a formar parte de su transgresora forma de vida.

Es así como el *Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Penal*, del año 2007 consideró que el consumo de drogas es inusualmente alto en la población penal es así como este estudio muestra que un 83% de los que sufrían condena en las cárceles había probado la marihuana alguna vez en la vida, y el 67% había probado cocaína o pasta base. Asimismo, el 47% de los condenados declara haber consumido marihuana todos o casi todos los días alguna vez en su vida, y 34% entrega antecedentes similares de abuso de alguna cocaína.

También el *Estudio de Prevalencias de Consumo y factores asociados en Población Infractora Adolescente*, del año 2006 realizado en población infractora juvenil muestra compromisos muy elevados con el consumo de drogas. En este caso alrededor del 80% reporta haber fumado marihuana alguna vez en su vida, y cerca del 50% haber inhalado cocaína. Las cifras de referencia en población escolar del rango de edad, entre 14-19 años de edad, arrojan estimaciones de alrededor de 25% de marihuana y 8% de cocaína.

Es común que haya una comorbilidad<sup>5</sup> o diagnóstico dual<sup>6</sup> entre drogadicción y enfermedad mental, ya que la drogadicción produce alteraciones a nivel cerebral que fomenta a su vez su abuso compulsivo, afectando el autocontrol y obstaculizando su habilidad de resistir los impulsos intensos de consumir drogas, estos efectos son similares a los de otras enfermedades mentales. A menudo la drogadicción es concurrente con otras enfermedades mentales.

Las personas adictas a las drogas, en muchas ocasiones también reciben el diagnóstico de otros trastornos mentales y viceversa, ya que está comprobado que los drogadictos tienen el doble de

---

<sup>5</sup> Según la Organización Mundial de la Salud, es definida como “la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico”

<sup>6</sup> Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito una persona con diagnóstico dual “es una persona a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico”

probabilidad de sufrir trastornos en su estado de ánimo o niveles de ansiedad, ya que las investigaciones sugieren que el abuso de drogas puede provocar los síntomas de otra enfermedad mental o que los trastornos mentales pueden conducir al abuso de drogas.

En el momento del ingreso en prisión el consumo de drogas es uno de los problemas más importantes y críticos ya que la elevada sobrepoblación de las cárceles chilenas es un factor que facilita el comercio de drogas en su interior, sumado a la escuálida fiscalización y monitoreo de Gendarmería de Chile, a pesar de las medidas que se adoptan para impedir la entrada de drogas, algunos consumen dentro de los centros penitenciario algún tipo de droga. Se ha constatado que recaer en el consumo tras un periodo de abstinencia, en particular después de un tratamiento de deshabitación o a la salida de prisión por algún permiso o la libertad condicional, tiene un importante riesgo de sobredosis.

Son frecuentes los trastornos psíquicos inducidos por el consumo o la agravación de trastornos previamente existentes, constituyendo en definitiva una comorbilidad psiquiátrica o patología dual, al coexistir dos tipos de trastornos o enfermedades, la drogodependencia y el trastorno psíquico. La prevalencia de trastornos mentales inducidos por consumo de sustancias se encuentra entre el 8,8% y el 12,1% de los internos/as, destacando los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos (PRECA, 2011)

Respecto del *Estudio PRECA*, se concluyó que los reclusos con trastorno por uso de sustancia, un 54% padece el trastorno de ansiedad fue el trastorno comórbido más frecuente seguido del trastorno afectivo (48%), trastorno psicótico (13,7%) y trastorno adaptativo (6,7%). De hecho, sólo un 8% de los reclusos presentaron algún trastorno mental sin historia de trastorno por consumo de sustancias. En este subgrupo de pacientes, un 58% tenían un trastorno afectivo a lo largo de su vida, un 49% un trastorno depresivo mayor, un 7% un trastorno depresivo no especificado, un 7% un trastorno distímico y un 8% un trastorno depresivo debido a otras enfermedades; un 56% habían presentado 8 trastorno de ansiedad, un 25% presentaron un trastorno adaptativo y 5% un trastorno psicótico. La prevalencia en el último mes fue de 25% para el trastorno afectivo y el trastorno de ansiedad, y del 5% para el trastorno adaptativo y el trastorno psicótico.

La prevalencia del trastorno por uso de sustancias en reclusos es superior al 50%. En él se observó que un 76% presentaba historia de trastorno por uso de sustancias, principalmente alcohol y cocaína. Estos datos disminuyen al 17,5% si consideramos la prevalencia en el último mes, siendo el cannabis la sustancia más consumida. Dada la importancia que tiene el consumo de drogas los servicios de salud penitenciaria deberían implementar programas integrales y específicos para tratar los trastornos por uso de sustancias en esta población. En la muestra estudiada, la mayoría de los presos con trastornos afectivos, de ansiedad o psicóticos tienen también historia de consumo de drogas.

### **3. Suicidio en prisioneros**

Se ha reportado que en Chile los suicidios en prisiones aumentaron un 76,9% entre los años 2009 y 2010, una cifra tentativamente atribuida a una serie de causas, entre las que se encuentra el deterioro de los índices de salud mental del país, el hacinamiento en prisiones y la falta de sentido y proyectos de vida en prisioneros (Ramirez, 2011).

El impacto psicológico del arresto y el encarcelamiento, los síntomas de abstinencias de los drogadictos, una larga sentencia de prisión esperada o el estrés diario relacionado con la vida en prisión pueden exceder las habilidades del prisionero promedio para hacer frente a la situación y mucho peor en los individuos más vulnerables.

Son escasos los estudios reportados sobre suicidios consumados en instituciones penitenciarias, tanto en Chile como en otros países. Resulta relevante realizar una investigación que muestre las características de este fenómeno para poder desarrollar programas específicos para la atención de los individuos con riesgo suicida, así como para la rehabilitación y reinserción general de la población penitenciaria; esto podrá también otorgar las bases para la intervención e indagación aplicada y focalizada.

En Chile, un 25,2% de los suicidios ocurren en prisiones, lo que significa que el suicidio es la segunda causa de muerte; también señalar que el 53,6% de los suicidios suceden en celdas individuales; de ellos, un 50% ocurren en celdas donde se encuentran reclusos y 24,4% en espacios de aislamiento (Escobar, González, Quiroz y Rodríguez, 2008).

El estudio *suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015*, investigó 132 casos de suicidios en prisioneros desde el año 2006 al año 2015, en el que la gran mayoría fueron hombres, y la edad menor registrada fue de 16 años, y la mayor de 74 años.

Las características del grupo de mayor riesgo para consumir suicidio en Chile, son varones, solteros, entre 21 a 30 años de edad, con o sin hijos, con estudios de nivel básico, estado depresivo como móvil para cometer suicidio y sin condenas anteriores, (pero con posibles ingresos previos a prisión), respecto del acto de muerte, se cometió suicidio durante el primer año de encierro mediante el método de ahorcamiento, en horario matutino, en agosto y enero, los domingos y lunes como los días más comunes cuando ocurrieron, en espacios compartidos, en su mayoría se presenta en cárceles tradicionales (no concesionadas) del tipo complejo penitenciario.

Uno de los datos más sobresalientes ha sido el hecho de que el 97,73% de los suicidas no habían sido condenados previo a su encarcelamiento, esto refuerza como factores de riesgo la dificultad para ajustarse al contexto carcelario y lo traumático que resulta el encarcelamiento, al romper con el estilo de vida y las relaciones; en el mismo sentido, el gran peso de los problemas de adaptación se refleja en el hecho de que el mayor peligro de suicidio se presenta al principio del aprisionamiento, tanto en muestras internacionales como latinoamericanas (Larrotta, Luzardo, Vargas & Rangel, 2014).

### Frecuencias y porcentajes por móvil expresado para el suicidio

Móvil	Frecuencia	Porcentaje
Estado depresivo	57	43,18
Se ignora	48	36,36
Eludir acción de la justicia	18	13,64
Sentimental	4	3,03
Patología psiquiátrica	3	2,27
Enfermedad	2	1,52
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Como hemos sustentado a lo largo de esta investigación el encarcelamiento ha sido señalado como un factor que agrava los trastornos psicológicos o psiquiátricos de los internos, dato que se ha ratificado por los resultados de este estudio, ya que en la expresión de motivos manifiestos para el suicidio, ya que un 43,8% fueron asociados a estados depresivos, sin embargo, cabe aclarar que los datos de estudio, no son diagnósticos clínicos de especialistas ni derivados de análisis de casos con profundidad, sino solo los informes que se les preguntó sobre el deceso.

Otro dato distintivo que se encontró fue el hecho de que la mayoría de los suicidios ocurrieron en espacios comunes (68,18%), mientras que solo el 4,55% se registraron en celdas. Con anterioridad se había reportado (Escobar, González, Quiroz & Rodríguez, 2008) que más de la mitad de los suicidios en prisiones en Chile sucedían en celdas, aunque también es cierto que un alto porcentaje no reporta el lugar específico del deceso.

Por otro lado, también se ha reportado que, en muestras latinoamericanas, los suicidios ocurrían en prisioneros con baja calificación profesional (Coelho, Azevedo, Gauer & Neto, 2009) y escasa escolarización (Rubio, 2014), lo cual también fue corroborado por el presente estudio en la medida en que un alto porcentaje (84,85%) no tenía oficio estable, y la mayoría (46,97%) de los suicidas contaba solo con estudios básicos.

Casi tres cuartas partes de los suicidas eran solteros (73,48%) y solo la mitad (53,03%) tenían hijos legalmente reconocidos. Estos datos sobre las relaciones interpersonales cobran relevancia en la medida en que, con anterioridad, se ha demostrado (Baltodano & Márquez, 2014) que entre los factores de protección para el suicidio en prisioneros se encuentran aquellos que tienen que ver con su vida interpersonal (relaciones de pareja, familiares y planes de vida).

Se resalta que una gran mayoría (65,15%) de suicidios se concentró durante el primer año del encarcelamiento, lo que coincide tanto en muestras internacionales como españolas (Bedoya, Martínez-Carpio, Humet, Leal & Lleopart, 2009).

### **CAPÍTULO III: ¿CÓMO SUBSANAR EL DESGASTE EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD?**

#### **1. Programas de atención en Chile para las personas con trastorno mental en prisión**

Una realidad actual es que nuestro país presenta un débil plan de reinserción y capacitación de los internos en el sistema penitenciario. En principio, uno podría ver como indicador de la escasa formación el poco tiempo que se ocupa en acciones educativas, laborales o de capacitación de las horas diarias de desencierro que tienen los internos. La escasa importancia de las actividades de capacitación se puede ejemplificar en el caso del CDP de Santiago Sur, donde el año 2009 solo el 18,5% de sus internos realizó actividades laborales (Judicial, F. 2017). Este dato también se confirma en el informe de la Universidad Diego Portales, el que señala que existe una escasa dotación de Gendarmería dedicada a la reinserción social, con un perfil profesional insuficientemente capacitado en este tema (Universidad Diego Portales. 2010).

De forma imperativa los programas, recursos y cobertura relacionados con la reinserción social de las personas encarceladas requieren un mayor impulso. En la actualidad la inversión que se entrega para programas de rehabilitación es bastante reducida, la que incluso ha ido bajando durante los años, pasando en su porcentaje del presupuesto anual de un 1,6% el año 1990 a 0,8% el año 2002. (Dammert, Lucía y Javiera Díaz. 2005)

Utilizando datos de la *Primera Encuesta de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria*, este estudio examinó por primera vez en el país la percepción de acceso y calidad de la atención de salud en el interior de las cárceles chilenas. Los datos recopilados mostraron una percepción de acceso predominantemente “difícil” para la atención de salud en el interior de los centros penitenciarios chilenos, con un 44,7% de los internos que señalaron esta preferencia en el ámbito nacional. Asimismo, los datos sugieren que el acceso a la salud se percibe más difícil para las mujeres privadas de libertad; para quienes reportan una infraestructura penitenciaria más deficitaria; para quienes habitan una cárcel concesionada; y para quienes reportan mayores grados de maltrato. El difícil acceso a la atención de salud en el interior de los recintos penitenciarios chilenos tiene implicaciones éticas, de justicia social y de salud pública, que deben ser atendidas.

En términos de prioridades, se sugieren que podrían priorizarse esfuerzos para facilitar el acceso a la salud en el interior de las cárceles concesionadas y en aquellas unidades que concentren mujeres. Al mismo tiempo, la percepción de facilidad de acceso a la salud está relacionada a otras variables de la vida carcelaria y, en este sentido, al igual que el concepto de salud en el medio libre, en la medida en que se genere un “*ambiente más saludable*”, podría esperarse que los servicios de salud penitenciarios no fuesen tan requeridos; estos podrían tener que ver con mecanismos más indirectos, tales como mejorar la infraestructura del penal, disminuir los grados de maltrato y violencia y facilitar un mayor acceso a los programas por parte de la población penal (Sanhueza, Candia. 2019).

## **2. Directrices para hacer enmendar el sistema penitenciario chileno**

Teniendo en consideración que nuestro sistema carcelario, es bastante deficiente y paupérrimo en aspectos esenciales que dista mucho de ser un centro de rehabilitación, es así que he realizado una serie de propuestas para avanzar hacia una mayor reinserción y efectividad:

### **2.1 Profesionalización del personal de Gendarmería**

Actualmente se observa una débil planificación del desarrollo de la carrera funcionaria, de acuerdo a las necesidades del servicio, ya que hoy en día su formación consiste en capacitarlos en temas de seguridad, reinserción, desarrollo personal y laboral, entre otros, sin embargo se han encontrado debilidades en aspectos relativos a reinserción social, derechos humanos, aspectos sociales y psicológicos, teniendo especial consideración en este último aspecto ya que como hemos podido establecer la realidad carcelaria es un medio idóneo para generar problemas mentales, por lo que es necesario reenfocar los contenidos del curriculum de Gendarmería.

Además, es imprescindible mejorar la formación que Gendarmería entrega a sus áreas técnicas, como trabajadores sociales, psicólogos, docentes, la cual tiende a ser fragmentada y a veces con énfasis demasiado teórico (Centro de Políticas Públicas UC (2017).

## **2.2 Condiciones carcelarias adecuadas**

Como pudimos apreciar en el primer capítulo de este trabajo, las condiciones de las prisiones son paupérrimas, esto provoca que haya un ambiente hostil, generado principalmente por el hacinamiento, este constituye uno de los rasgos distintivos de los sistemas penitenciarios iberoamericanos.

Sin duda, el hacinamiento afecta la vida en las prisiones y socava la posibilidad de aplicar cualquier medida positiva. Además, de los problemas más evidentes como la ausencia de un mínimo espacio vital y de los problemas derivados de la logística diaria, como la alimentación o las actividades recreativas, el hacinamiento supone que los internos permanezcan suponen más tiempos en sus celdas, disminuya el acceso al trabajo y formación en las prisiones, se incrementan los problemas de disciplina y seguridad, aumente la tensión o violencia entre los internos, se afecten las relaciones entre estos últimos y los funcionarios de prisiones.

Se recomienda al Estado a tomar medidas urgentes para abordar la sobrepoblación y hacinamiento en los establecimientos penitenciarios, disponiendo los mecanismos necesarios para remediar cualquier situación de alojamiento por encima del número de plazas establecido.

Se recomienda al Estado y en especial a la administración penitenciaria mejorar las condiciones de habitabilidad de los centros penitenciarios en cuanto a, entre otras cuestiones, ventilación, iluminación, humedad, condiciones eléctricas, filtraciones, vidrios faltantes o rotos, conexiones eléctricas fuera de servicio, o peligrosas y artesanales (condiciones carcelarias).

## **2.3 Diseño de un programa de salud mental**

El otorgamiento de apoyo psicológico a los internos es esencial para lograr una reinserción exitosa, el que además se ha documentado como una demanda de los mismos penados, para abordar tanto materias individuales como para contar con orientación en temas familiares, parentales y de pareja (Villagra, 2009). Actualmente existe en cada unidad penal un equipo a cargo de este servicio, pero hay únicamente un programa que ofrece consultas psicológicas. Esto es relevante también como materia de salud pública, porque apunta a la disminución de niveles de violencia y adicciones entre los individuos. Existe una experiencia reciente donde

Gendarmería está empezando a implementar el Programa de atención psicoterapéutica para personas privadas de libertad, sin embargo, por tratarse de un piloto aún no existen evaluaciones y tiene una cobertura muy menor. Por otra parte, es importante mencionar el caso de las personas inimputables, aquellas que debido a su condición de salud mental no son aptas para el cumplimiento de una pena en privación de libertad tradicional y por tanto no debieran formar parte del sistema penal. No existen actualmente hospitales para los inimputables, y más allá de ello, no existe una conexión entre sistema penal y el sistema de salud, cuestión que es urgente resolver (Bedoya, A., Martínez-Carpio, P., Humet, V., Leal, M. & Lleopart, N. 2009)

Reiterando la recomendación de eliminar y restringir el uso de las celdas de castigo, para el caso en que su uso continúe se debe tener presente que su solo uso afecta la integridad física y psíquica de las personas privadas de libertad. Por lo tanto, en aquellas unidades penales en que su uso continúe, se insta al Estado para que cumpla con la obligación de verificar el estado físico y psicológico previo a la aplicación de la sanción y se debe constatar que está en condiciones de soportarla y, de no ser así, se debe abstener de su aplicación. Igualmente se insta al Estado a que cumpla con la obligación de visita diaria a las personas en celdas de castigo por parte del personal médico y del jefe o jefa de la Unidad Penal.

### **3. Prevención del suicidio**

Los reclusos con trastornos mentales que presentan un serio riesgo de suicidio deben recibir el tratamiento psicofarmacológico adecuado, el cual se ha convertido en el estándar general. Una vez que se identifica que un recluso está en alto riesgo de suicidio, el personal de salud mental debe realizar una evaluación y tratamiento adicionales. Sin embargo, el acceso al personal de salud mental es complicado en muchos escenarios penitenciarios debido al hecho de que los recursos internos de salud mental son limitados y hay muy pocos o ningún vínculo con los establecimientos médicos y de salud mental basados en la comunidad, los cuales serían necesarios. Con el fin de abordar plenamente las necesidades médicas y de salud mental de los reclusos, los centros penitenciarios necesitarán crear fuertes vínculos con los programas basados en la comunidad si no tienen suficiente personal y recursos dentro de la institución. Esto significa que los sistemas de justicia penal, salud mental y salud deben estar integralmente vinculados para

la prevención del suicidio en los escenarios penitenciarios. Dependiendo del lugar, esto podrá requerir arreglos de servicios de cooperación entre muchas instituciones y los hospitales generales, servicios de urgencia, establecimientos psiquiátricos, programas comunitarios de salud mental y programas para el uso de sustancias (Instituto Nacional de Derechos Humanos 2017).

Si ocurre un intento suicida, el personal penitenciario debe estar suficientemente capacitado para asegurar el área y proporcionar primeros auxilios al recluso mientras espera que llegue el personal médico del establecimiento o personal externo de emergencia. La capacitación del personal penitenciario en los procedimientos de primeros auxilios es un componente clave en el campo. En efecto, el suministro de primeros auxilios en la escena por parte del personal penitenciario debe ser parte de un procedimiento operativo estándar formalmente estructurado. Para evitar demoras, los canales eficientes de comunicación con el personal de salud y los procedimientos de respuesta a emergencias se deben planificar con antelación al incidente. El equipo de rescate de emergencias necesita mantenerse en buen funcionamiento, debe ser sometido a pruebas de rutina y estar disponible en la escena.

Todo el personal debe estar capacitado en el uso del equipo de resucitación, el cual debe estar fácilmente accesible para todo el personal. Cada miembro del personal debe saber qué hacer si ocurre un intento de suicidio.

La evaluación psicológica integral del preso también se debe realizar lo más pronto posible (y médicamente factible) después del incidente. Dicha evaluación debe ser conducida en un área privada donde no se interrumpa una entrevista adecuada y donde el preso y el entrevistador puedan sentirse físicamente confortables. La evaluación debe esclarecer los factores que precipitaron la auto agresión, el nivel de la intención suicida, los problemas subyacentes (tanto crónicos como agudos) con los que está luchando el preso, si el preso tiene o no un trastorno mental, la probabilidad de auto agresión adicional a corto plazo (por ejemplo, intensa ideación suicida que para el preso es difícil de resistir) y el tipo de ayuda que se necesita y que el preso esté dispuesto a aceptar.

En algunas situaciones, los reclusos que expresan gestos o intentos suicidas serán vistos como manipuladores. Se cree que estos reclusos utilizan sus conductas suicidas para obtener algún control sobre el ambiente, como por ejemplo que se le transfiera a un hospital o a un escenario menos restrictivo.

La posibilidad de un intento suicida fingido para instigar una fuga, o para otros propósitos nefarios también debe ser siempre motivo de preocupación para todos los funcionarios, especialmente para aquellos que trabajan en áreas de máxima y extrema seguridad. Los presos con personalidades antisociales o psicopáticas pueden estar más propensos a intentos manipulativos, ya que probablemente tienen dificultad para adaptarse a las condiciones de sobre control y colectivas de la vida en prisión. Además, para algunos presos, la conducta de auto agresión puede ser vista como una posibilidad para reducir la tensión. Para las mujeres presas, la auto mutilación repetida (tal como cortaduras o quemaduras) puede ser una respuesta al estrés causado solo por el hecho de estar confinadas y la cultura de la prisión. En efecto, la auto mutilación y los intentos suicidas no se pueden diferenciar fácilmente, aun si se le pregunta al recluso cuál era su intención.

Existen indicaciones de que muchos incidentes involucran tanto un alto grado de intención suicida como los así llamados motivos manipulativos, tales como querer llamar la atención hacia sus problemas emocionales o querer influir en la forma en que se maneja su caso, como por ejemplo, evitar que se le transfiera a otro establecimiento donde las visitas familiares van a ser menos frecuentes. Cuando el personal penitenciario cree que ciertos reclusos intentarán controlar o manipular su ambiente a través de conductas auto destructivas, tiende a no tomar seriamente la expresión de los gestos suicidas - para no ceder a la manipulación. Esto es especialmente cierto si un recluso tiene historia de haber violado o infringido las reglas en el pasado. Sin embargo, los intentos suicidas, independientemente de su motivación, pueden resultar en muerte, aun si no era la intención original. Debido al número limitado de métodos disponibles, los reclusos pueden escoger métodos muy letales (por ejemplo, ahorcamiento) incluso en ausencia de un verdadero deseo de morir, o porque no saben lo peligroso que es el método (Saavedra J., López M. 2015).

Los intentos con menos intención de suicidio deben ser vistos más bien como expresivos que como intencionales, es decir, como una forma disfuncional de comunicar un problema. La respuesta correcta sería investigar los problemas del recluso en lugar de castigarlo. La indiferencia hacia las conductas auto destructivas o el castigo a los reclusos con conductas autodestructivas a través de la segregación, pueden empeorar el problema requiriendo que el recluso tome riesgos cada vez más dramáticos. Por lo tanto, los programas que propician la supervisión estrecha,

apoyo social y acceso a los recursos psicosociales son igualmente fundamentales para los reclusos que actúan para llamar la atención y que son potencialmente auto destructivos.

Si ocurre un suicidio, debe haber procedimientos instaurados para documentar y reportar oficialmente el incidente, así como también para proporcionar la retroalimentación constructiva necesaria para mejorar las futuras actividades de prevención del suicidio. De esta manera, el personal penitenciario y de la salud deben informar sobre cada incidente en un esfuerzo para: Reconstruir los eventos que condujeron al suicidio; Identificar los factores que pueden haber llevado a la muerte del recluso y que pudieran haberse pasado por alto o haber sido abordados en forma inadecuada; Evaluar la adecuación de la respuesta a emergencias; Extraer cualquier implicación de las políticas para mejorar los futuros esfuerzos de prevención.

Adicionalmente, el personal penitenciario y otro personal que trabaja en el establecimiento que han experimentado el suicidio de un recluso bajo su supervisión o los otros reclusos pueden experimentar una serie de sentimientos que van desde enojo y resentimiento hasta culpa y tristeza. Estos individuos se pueden beneficiar de informaciones más detalladas o del apoyo formalmente organizado de compañeros o consejería. Aunque es inusual, los centros penitenciarios proporcionan uno de los ambientes en los que pueden ocurrir suicidios en cadena. El examen de los suicidios en cadena de los reclusos ha sugerido que el mayor riesgo de suicidios subsiguientes parecía estar limitado al período de cuatro semanas después del suicidio inicial, y parecía reducirse con el tiempo.

Los reclusos jóvenes pueden ser especialmente vulnerables a los así llamados intentos suicidas por imitación. El personal necesita estar consciente de este período de mayor riesgo. Las estrategias para reducir el riesgo de conductas suicidas contagiosas incluyen la provisión de atención psiquiátrica segura para los presos con enfermedades psiquiátricas, la remoción o tratamiento de aquellos particularmente susceptibles, y el manejo cuidadoso por parte de las autoridades cuando transmiten el conocimiento de que ha ocurrido un suicidio (Larrotta, C. R., Luzardo, B. M., Vargas, C. S. & Rangel, N. K. 2014).

En primer lugar, la cultura y cooperación del personal parecen ser decisivas para la implementación exitosa de los programas de prevención del suicidio en las prisiones. Las mejores prácticas para prevenir los suicidios en escenarios de cárceles y prisiones están basadas en el

desarrollo y documentación de un plan integral de prevención del suicidio con los siguientes elementos:

- Un programa de capacitación (incluyendo actualizaciones) para el personal penitenciario y aquellos que proveen asistencia médica con el fin de ayudarlos a reconocer a los reclusos suicidas y responder apropiadamente a los reclusos en crisis suicidas.
- Se necesita prestar atención al ambiente general de la prisión (niveles de actividad, seguridad, cultura y relaciones entre el personal y los presos). En particular, la calidad del clima social de los presos es crucial para la minimización de las conductas suicidas. Aunque las prisiones nunca pueden ser ambientes libres de estrés, los administradores de las prisiones deben promulgar estrategias efectivas para minimizar la intimidación y otros tipos de violencia en sus instituciones, y para maximizar las relaciones favorables entre los presos y el personal. La calidad de las relaciones entre el personal y los presos es crucial para la reducción de los niveles de estrés en los presos y para maximizar la probabilidad de que los presos confíen lo suficiente en el personal como para decirles cuándo sus recursos para hacer frente a los problemas se están agotando, así como para hablarles sobre sus sentimientos de desesperanza e ideas suicidas.
- Procedimientos para evaluar sistemáticamente a los reclusos a su llegada al establecimiento y durante toda su estadía con el fin de identificar a aquellos que puedan estar en alto riesgo.
- Un mecanismo para mantener la comunicación entre los miembros del personal en relación con los reclusos de alto riesgo.
- Procedimientos escritos que describan los requisitos mínimos para alojar a los reclusos de alto riesgo; suministro de apoyo social, exámenes visuales de rutina y observación constante para detectar a los reclusos agudamente suicidas; y el uso apropiado de dispositivos de contención como un último recurso para controlar a los reclusos auto destructivos.
- Los reclusos con trastornos mentales en necesidad de tratamiento deben recibirlo (intervenciones farmacológicas o psicosociales) y deben mantenerse bajo estricta observación.
- Desarrollo de recursos o enlaces internos suficientes con los servicios externos de salud mental basados en la comunidad para garantizar el acceso al personal de salud mental cuando se requiera mayor evaluación y tratamiento.

- Una estrategia para rendir información sobre la ocurrencia de un suicidio con el fin de identificar las formas de mejorar la detección, monitoreo y manejo del suicidio en los escenarios penitenciarios.

## CONCLUSIÓN

En la presente tesis se pudo concluir que la premisa con que comencé esta investigación se confirma, ya que en virtud del ambiente al que se encuentran sometidos las personas privadas de libertad la prevalencia de padecer un trastorno y/o enfermedad mental se acrecienta exponencialmente, así ha quedado demostrado según los datos cuantitativos expuestos, como también si estas patologías no se tratan a tiempo pueden derivar en el suicidio.

Asimismo producto de este detrimento en la salud mental de la población carcelaria y el consumo de drogas que se podría presentar en los reclusos, su salud psicológica se ve aún más mermada porque que se encuentran privados de asistencia médica y farmacológica adecuada, y nuestra realidad carcelaria es totalmente ajena a problemáticas de salud mental, como asimismo desde el aparato estatal no se existen programas consolidados, ni medidas concretas que permitan solucionarlos, es por esto que de acuerdo a la realidad presente en Chile, en el último capítulo se proponen una serie de medidas para que la salud mental en los centros penitenciarios no se ve aún más mermada, o si ya de antes se presenta una patología cooperar eficazmente a tener acceso a un tratamiento idóneo.

## BIBLIOGRAFIA

Asiri Nathalie, Carolina Díaz, Luísa Ramírez. (2007): “Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario”. Salud Mental Comunitaria. Disponible: [https://www.researchgate.net/publication/319971238\\_Trastorno\\_mental\\_en\\_el\\_contexto\\_carcelario\\_y\\_penitenciario](https://www.researchgate.net/publication/319971238_Trastorno_mental_en_el_contexto_carcelario_y_penitenciario). Fecha última consulta: 30 Septiembre del 2019.

Bedoya, A., Martínez-Carpio, P., Humet, V., Leal, M. & Lleopart, N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*

Carnevali, Raúl; Maldonado, Francisco (1996): “El tratamiento penitenciario en Chile. Especial atención a problemas de constitucionalidad”, en <http://www.scielo.cl>. Disponible: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-00122013000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-00122013000200012&script=sci_arttext). Fecha última consulta: 30 de septiembre del 2019

Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana, CESC (2015). Condiciones de Vida en los Centros de Privación de Libertad en Chile: Análisis a partir de una encuesta aplicada a seis países de Latinoamérica. Santiago: CESC.

Centro de Políticas Públicas UC (2017). Sistema Carcelario en Chile: propuestas para avanzar hacia una mayor efectividad y reinserción. Santiago: Centro de Políticas Públicas UC.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. Organización de Estados Americanos.

Dammert, L. y Zúñiga, L. (2008). La Cárcel: problemas y desafíos para las Américas. Santiago: FLACSO-CHILE.

Dammert, Lucía y Javiera Díaz. (2005). “El Costo de Encarcelar”. Programa de Seguridad y Ciudadanía. Santiago: FLACSO-CHILE.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2007). Hombres maltratadores con y sin psicopatía: una exploración estudiar en las prisiones españolas. *Revista Internacional de Delinquentes Terapia y criminología comparada*. Barcelona.

Escobar, J., González, B., Quiroz, M. y Rodríguez, G. (2008). Decesos en el sistema penitenciario: una descripción preliminar por tipo de muertes. *Revista de Estudios Criminológicos y Penitenciarios*.

Fazel S, Danesh J. (2002). Trastorno mental grave en 23000 prisioneros: una revisión sistemática de 62 encuestas.

Grupo PRECA. (2011). Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles. 2011, de PRECA. Barcelona. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>. Fecha última consulta: 30 Septiembre del 2019.

Judicial, F. (2017). Principales problemas detectados en las visitas de cárceles realizadas el año 2017 por los fiscales judiciales. Santiago. Disponible en: [https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180219/asocfile/20180219123321/informe\\_fiscalia\\_carceles.pdf](https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180219/asocfile/20180219123321/informe_fiscalia_carceles.pdf). Fecha última consulta: 30 Sep. 2019.

Larrotta, C. R., Luzardo, B. M., Vargas, C. S. & Rangel, N. K. (2014) Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*. Colombia.

Instituto Nacional de Derechos Humanos (2011). Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile. Santiago, Chile.

Instituto Nacional de Derechos Humanos (2017). Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2014-2015. Seguimiento de recomendaciones y cumplimiento de estándares internacionales sobre el derecho a la integridad persona estándares internacionales de Derechos Humanos. Santiago, Chile.

Ramírez, J. (2011). Suicidios en cárceles chilenas aumentaron en 76,9% entre 2009 y 2010. *La Tercera*, periódico digital. Santiago, Chile

Salinero, S. (2012). ¿Por qué aumenta la población penal en Chile? Un estudio criminológico longitudinal. *Revista Ius et Praxis*.

Sánchez, M. y Piñol, D. (2015). Condiciones de vida en los Centros de Privación de Libertad en Chile. Análisis a partir de una encuesta aplicada a seis países de Latinoamérica. Santiago, Chile: Centro de Estudios de Seguridad Ciudadana, Universidad de Chile.

Universidad Diego Portales (2008). Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2008. Santiago, Chile: UDP.

Valenzuela Eduardo, Larroulet Pilar. (2010). La relación droga y delito: una estimación de la fracción atribuible. 2010, de Centro de Estudios Públicos. Disponible en: [https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160304/asocfile/20160304095323/rev119\\_valenzuela\\_larroulet.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160304/asocfile/20160304095323/rev119_valenzuela_larroulet.pdf)

Villagra, C., Espinoza, O. y Martínez, F. (eds.). (2014). *La Medición de la Reincidencia y sus Implicancias en la Política Criminal*. Santiago, Chile: CESC.

