UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A NIVEL DE PREGRADO 2018

Repercusiones de la salud mental en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo. Agosto a diciembre 2018

Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra

AUTORA:
Blanca Elena Jimenez Linares

ASESOR:
Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Tarapoto - Perú
2021

Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO - PERU

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.
Vea una copia de esta licencia en http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

Obra publicada con autorización del autor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A NIVEL DE PREGRADO 2018

Repercusiones de la salud mental en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo. Agosto a diciembre 2018

Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra

AUTORA:

Blanca Elena Jimenez Linares

ASESOR:

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A NIVEL DE PREGRADO 2018

Repercusiones de la salud mental en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo. Agosto a diciembre 2018

Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra

AUTORA:

Blanca Elena Jimenez Linares

ASESOR:

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A NIVEL DE PREGRADO 2018

Repercusiones de la salud mental en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo. Agosto a diciembre 2018

AUTORA:

Blanca Elena Jimenez Linares

Sustentada y aprobada el 26 de mayo del 2021, por los siguientes jurados:

……

Obsta. Dra. Evangelina Ampuero Fernández
Presidente

……

Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres
Secretaria

……

Obsta. Mg. Manuela Aurora Vega Celis
Vocal

Constancia de asesoramiento

El que suscribe **Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez**, por el presente documento, hago

CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado: **Repercusiones de la salud mental en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo. Agosto a diciembre 2018,** elaborado por la bachiller en Obstetricia **Bach. Blanca Elena Jimenez Linares**, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 26 de mayo del 2021

……

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Asesor

Declaratoria de autenticidad

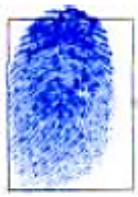
Blanca Elena Jimenez Linares con DNI N° 70420052, bachiller de la Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la tesis titulada: **Repercusiones de la salud mental en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo. Agosto a diciembre 2018.**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias y sanciones que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 26 de mayo 2021.



……

Bach. Blanca Elena Jimenez Linares

DNI N° 70420052

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: Jimenez Linares Blanca Elena	
Código de alumno : 124129	**Teléfono:** 916388879
Correo electrónico : blancaelena94@gmail.com	**DNI:** 70420052

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de: Ciencias de la Salud.
Escuela Profesional de: Obstetricia

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

4. Datos del Trabajo de investigación

Titulo : Repercusiones de la Salud Mental en los conductas de Riesgo Sexuales y Reproductivos en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sanangullo - Agosto-Diciembre 2019
Año de publicación: 2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons,* con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **"Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus *repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales* serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".**

.....

Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

22/06/2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto – UNSM-T.

.....

Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto**: uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios, por encima de todas las cosas, por su fuerza incondicional en todo momento de mi vida ahora de mi carrera profesional.

A mi madre, Blanca Linarez Romero que ha sido mi motor y motivo para poder lograr todas mis metas en estos años, a ella mi eterna gratitud por todo, y que ahora desde el cielo se alegra conmigo de haberlo logrado.

Blanca Elena

Agradecimiento

A mi madre, por ser la ayuda continua, tanto económica y emocionalmente en cada meta emprendida en mi vida.

Al Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez, por su valiosa participación como asesor del presente estudio.

A todas aquellas personas que contribuyeron en mi vida para que pueda alcanzar y culminar mi carrera profesional.

La Autora

Índice de contenido

Pág.

Dedicatoria....vi
Agradecimiento....vii
Índice de contenido.... viii
Índice de tablas ix
Resumen....x
Abstract....xi

I. INTRODUCCIÓN 1
1.1. Marco Conceptual....1
1.2. Antecedentes....4
1.3. Bases teóricas 10
1.4. Justificación....32
1.5. Problema....34

II. OBJETIVOS 34
2.1. Objetivo General....34
2.2. Objetivos Específicos 34
2.3. Hipótesis 35
2.4. Operacionalización de variables....36

III. MATERIAL Y MÉTODOS 38

IV. RESULTADOS 44

V. DISCUSIÓN 49

VI. CONCLUSIONES....55

VII. RECOMENDACIONES....56

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58

IX. ANEXOS....64

Índice de tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018, según Características sociodemográficas……	44
2	Repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018; según Ansiedad. ……..……	46
3	Tabla 3: Repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018; según Depresión ……...	47
4	Repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018; según conductas de riesgo sexual y riesgo reproductiva…….	47
5	Relación entre el Estado de Salud Mental y las Conductas de Riesgo Sexuales y Reproductiva, en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo Región San Martín; agosto - diciembre 2018……...	48

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo “Determinar la repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018”, se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo correlacional, con recolección prospectiva de datos; la población y muestra estuvo conformada por 36 mujeres privadas de su libertad, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; la técnica que se utilizó fue la encuesta con preguntas cerradas (dicotómicas y politómicas) para la determinación de la repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas. resultados: el 50,0% pertenecen al grupo entre 35 a 50 años de edad; el 61,1%, son residentes de la provincia de San Martín, el 47,2% son de estado civil solteras; el 41,7% son ama de casa; el 19,4% están sin ocupación; el 58.3% tienen grado de instrucción secundaria, el 80,6% tienen ingreso familiar bajo; el 36,1% cuentan con el apoyo de otros familiares y el 38.9% no cuenta con un seguro de salud. En cuanto al estado de salud mental, tienen un nivel ansiedad alto: el 77,8% tienen un nivel de ansiedad estado alto; el 83,3% tienen un nivel ansiedad rasgo alto. En la evaluación de la depresión: el 22,2% en igual porcentaje, presentan depresión moderada neurótica media y alta respectivamente. El 88,9% tienen conductas de riesgo sexual severo; el 77,8% tienen conductas de riesgo reproductiva severo. El estado de salud mental de mayor repercusión a las conductas de riesgo sexual y reproductiva son: conductas de riesgo sexual: ansiedad como estado y conductas de riesgo sexuales. Conductas de riesgo reproductiva: depresión y conductas de riesgo reproductiva. Conclusión: El estado de salud mental repercute significativamente en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo Región San Martín: ansiedad estado y conductas de riesgo sexual (p-valor=0.013); ansiedad rasgo y conductas de riesgo sexual (p-valor=0.014; y depresión y riesgo reproductiva (p-valor=0.045). estos resultados nos permiten aceptar la hipótesis de investigación.

Palabras clave: Salud mental, ansiedad, depresión, conductas de riesgo, mujeres privadas de su libertad.

Abstract

The present research had as objective "To determine the impact of mental health on sexual and reproductive risk behaviors in inmates of the Pampas de Sananguillo Penitentiary Establishment; August to December 2018". A quantitative descriptive correlational study was conducted, with prospective data collection; the population and sample consisted of 36 women deprived of their liberty, who met the inclusion and exclusion criteria; the technique used was a survey with closed questions (dichotomous and polytomous) to determine the impact of mental health on sexual and reproductive risk behaviors. Results: 50.0% belong to the group between 35 and 50 years of age; 61.1% are residents of the province of San Martín; 47.2% are single; 41.7% are housewives; 19.4% are unemployed; 58.3% have a high school education; 80.6% have low family income; 36.1% have the support of other family members; and 38.9% do not have health insurance. In terms of mental health status, they have a high level of anxiety: 77.8% have a high level of state anxiety; 83.3% have a high trait anxiety level. In the evaluation of depression: 22.2% in equal percentage, present moderate neurotic medium and high depression respectively. 88.9% have severe sexual risk behaviors; 77.8% have severe reproductive risk behaviors. The mental health status with the greatest impact on sexual and reproductive risk behaviors are: sexual risk behaviors: anxiety as a state and sexual risk behaviors. Reproductive risk behaviors: depression and reproductive risk behaviors. Conclusion: Mental health status has a significant impact on sexual and reproductive risk behaviors in women deprived of their liberty at Las Lomas de Sananguillo Penitentiary in the San Martín Region: state anxiety and sexual risk behaviors (p-value=0.013); trait anxiety and sexual risk behaviors (p-value=0.014; and depression and reproductive risk (p-value=0.045). These results lead to the acceptance of the research hypothesis.

Key words: mental health, anxiety, depression, risk behaviors, women deprived of their liberty.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
COORDINACIÓN
CENTRO DE IDIOMAS

TÍTULO:

Repercusiones de la salud mental en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo. Agosto a diciembre 2018.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco conceptual

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Este concepto medular de salud mental es consistente con su interpretación amplia y variada en las diferentes culturas. (1) (2)

Los problemas mentales, sociales y de conducta pueden interactuar en forma tal que intensifican sus efectos sobre la conducta y el bienestar. El abuso de sustancias, violencia y los abusos de mujeres y niños por una parte y los problemas de salud tales como enfermedad cardiaca, depresión y ansiedad por la otra, tienen mayor prevalencia y son más difíciles de afrontar cuando existen condiciones de altos niveles de desempleo, bajo ingreso, educación limitada, condiciones estresantes de trabajo, discriminación de género estilo de vida no saludable y violaciones a los derechos humanos. (2)

Según la OMS más del 4 por ciento de la población mundial padece depresión y las mujeres, los jóvenes y los adultos mayores son los más proclives a sus efectos incapacitantes. En un nuevo informe, 322 millones de personas tuvieron desordenes asociados a la depresión en 2015, un 18% más de los que la padecían en 2005.La pesquisa concluye que la enfermedad es más frecuente en las mujeres que en los hombres y es más común en los países en desarrollo, donde se reporta un 80% de las enfermedades mentales. Con relación a la ansiedad, el informe apunta que 250 millones de personas padecían en 2015 algún tipo de fobia, ataque de pánico, comportamiento obsesivo compulsivo y desórdenes postraumáticos. (3)

Este problema de salud pública se ve agravado por el hecho de que muchos individuos aquejados de trastornos psiquiátricos no reciben tratamiento alguno pese a que existen

intervenciones eficaces. Se ha analizado la magnitud de esa brecha terapéutica, para lo cual se han examinado estudios comunitarios de epidemiología psiquiátrica que habían usado instrumentos diagnósticos normalizados e incluían datos sobre el porcentaje de individuos que recibían atención por padecer esquizofrenia y otros trastornos psicóticos no afectivos, depresión grave, distimia, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de pánico, trastorno obsesivo–compulsivo (TOC) y abuso o dependencia del alcohol.(4)

Miles de personas de todo el mundo que sufren problemas de salud mental se ven privados de sus derechos humanos. Se les discrimina, estigmatiza y margina, y sufren maltrato físico y emocional tanto en los centros psiquiátricos como en su entorno en general. (5)

La OMS ha reportado específicamente cinco elementos que ocasionan efectos negativos en la salud mental de las personas que se encuentran en un contexto carcelario, entre las cuales están "el hacinamiento, las diferentes formas de violencia, la falta de privacidad, la falta de actividades significativas, y el aislamiento de redes sociales". Esta situación de las personas privadas de la libertad, que representan un grupo con alto grado de vulnerabilidad, generada en primera medida por la condición en la que se encuentran y, en segundo lugar, por la estigmatización de la cual son víctimas al padecer un trastorno psiquiátrico, es bastante compleja dado que se relaciona con múltiples elementos, como los mencionados en el párrafo anterior que dificultan su pronóstico y manejo. (6)

En el Perú el número total de mujeres privadas de su libertad es de 4803 al mes de marzo del 2017, siendo el caso de que la mayor concentración de la población penitenciaria femenina es de entre los 25 a 44 años según el informe estadístico del INPE. (7)

Ser mujer y estar recluida en un penal en el Perú supone un ejercicio de adaptación intenso. Las mujeres tienen que incorporarse a un sistema de reclusión que, como en muchos países del mundo, ha sido pensado sólo para una población masculina y que no ha considerado las necesidades, las circunstancias específicas, y experiencias de las mujeres; ni sus vivencias diferenciadas ante el encierro. En muchos casos las mujeres detenidas y privadas de libertad son madres de niños menores de tres años que solicitan el ingreso de los mismos para su cuidado, por lo que el INPE debe brindarles albergue, alimentación, educación y otros servicios en cumplimiento de la normatividad establecida. En otros casos son recluidas cuando se encuentran en gestación y al nacer sus hijos forman parte de la población de niños a cargo del sistema penitenciario. Por último, se da el caso de las mujeres recluidas que se embarazan al recibir su visita conyugal. (8)

Al mes de marzo, el INPE tiene a su cargo a 182 niños: 100 varones y 82 mujeres, la mayor concentración se encuentra entre las edades de cero a 1 año en los varones, y de 1 a 2 años en las mujeres. Entre los establecimientos penitenciarios que albergan mayor cantidad de niños, figuran el E.P. de Mujeres de Chorrillos, E.P. de Huánuco y E.P. de Chiclayo. (7)

Por otro lado, las consecuencias del encarcelamiento de las mujeres involucran directamente a su familia, sabemos que, en la mayoría de las sociedades, son ellas las responsables de su cuidado, su encarcelamiento deriva en consecuencias negativas para sus familias, pues no solo se ve afectado el sustento económico de esta, sino también el afectivo y emocional, así como el educacional. Para las mujeres la separación de sus hijos constituye una preocupación constante; varios estudios han encontrado que estas mujeres tienen sentimientos de amargura, ansiedad, depresión, culpa, disminución de autoestima y sentimiento de pérdida cuando son separadas de sus hijos. (9)

A nivel mundial, la causa principal de muerte de las mujeres en edad reproductiva es el SIDA. Las niñas y las mujeres son particularmente vulnerables a la infección por el VIH debido a una combinación de factores biológicos y desigualdades de género, sobre todo en las culturas que limitan el conocimiento de las mujeres acerca de la infección por el VIH y su capacidad de protegerse y de negociar unas relaciones sexuales sin riesgo. En los países de ingresos bajos y medianos, los factores de riesgo más importantes de muerte y discapacidad en este grupo de edad son la falta de métodos anticonceptivos y las prácticas sexuales de riesgo. Ambas dan como resultado embarazos no deseados, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo y el parto e infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH. La violencia es otro riesgo importante para la salud sexual y reproductiva de las mujeres que también puede ocasionar trastornos mentales y otros problemas crónicos de salud. (10)

Las malas condiciones y servicios, agravados por el hacinamiento en muchas de las prisiones, tienen un grave impacto en el bienestar físico y mental de todas las personas detenidas, incluidas las mujeres. Con frecuencia, en las prisiones son violados los derechos específicos de las mujeres con respecto a la salud, incluyendo los derechos específicos de salud sexual y reproductiva. Entre las violaciones de estos derechos se pueden incluir las mujeres que carecen de acceso a servicios de salud preventivos centrados en las necesidades de salud específicas del género (por ejemplo, cáncer cervical y de mama), así como los servicios para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo las

pruebas voluntarias, tratamiento y atención del VIH/SIDA, al cual las mujeres son particularmente vulnerables, y a pesar de la realidad de que las mujeres en prisión suponen un grupo de alto riesgo para adquirir las ITS, debido a algunas de sus experiencias vividas, entre las que se pueden incluir experiencias de violencia sexual, prostitución y drogas. Los servicios de atención médica previa al parto y posterior a este también suelen ser muy deficientes. (11)

Los estudios realizados en prisiones demuestran que las infecciones más prevalentes son las hepatitis virales, la infección por *M. tuberculosis*, y las infecciones de transmisión sexual (ITS). En los establecimientos penitenciarios existen condiciones que favorecen la propagación de las ITS. Estos establecimientos están sobrepoblados y, en algunos casos, hacinados. (12)

1.2. Antecedentes

Andrade V. (2016), en un estudio sobre el "Perfil sintomatológico de los trastornos de ansiedad y su relación con los determinantes psicosociales frecuentes en mujeres adultas privadas de libertad en la ciudad de Guayaquil" en Ecuador en el año 2016. Este trabajo investigativo obedeció a un enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo direccionado a caracterizar el perfil sintomatológico de los trastornos de ansiedad y su relación con los determinantes psicosociales en mujeres privadas de libertad en la ciudad de Guayaquil. La muestra estuvo conformada por 54 mujeres, el método que se empleó fue el probabilístico del tipo aleatorio simple, donde encontró que entre las escalas clínico o subclínico de ansiedad más frecuentes se destacan: la ansiedad fisiológica, con 7 mujeres que han presentado taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, hiperventilación y mareos. En la subescala obsesivo compulsivo, en el nivel subclínico 16 mujeres son percibidas como obsesivas, orientadas hacia los detalles, conformistas y en algún grado rígidas en actitudes y conductas. En la subescala estrés postraumático en el nivel clínico el número aumenta considerablemente a 15 mujeres que manifiestan la existencia de una experiencia pasada relacionada con un acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar que produce episodios recurrentes de ansiedad. (13)

Ávila N y Cuadros M. (2015), realizaron un estudio sobre el "Bienestar psicológico y salud general en internos con ingreso reciente a prisión, de una institución penitenciaria de mediana seguridad de la ciudad de Tunja" en Colombia en el año 2015, este estudio fue de

tipo Cuantitativo de diseño descriptivo, en el cual se usó recolección de datos para probar hipótesis, se trabajó con un total de 32 internos, donde encontraron que en la Subescala de Ansiedad-insomnio, claramente se observa que la ansiedad es un factor desencadenante a la presencia de insomnio es decir se complementan la una con la otra. Por lo tanto se concluye a partir de los datos arrojados que un poco más de la mitad 53% (15) internos recientes presentan bastante más que lo habitual de trastornos de ansiedad-insomnio pues las preocupaciones, el constante agobio, la tensión y el estrés que les invade al estar encerrados crea en ellos impotencia alterando su sistema nervioso. Por último, en la escala de depresión concluyo que al estar encerrado en una cárcel un 56% (16) internos recientes identificaron más que lo habitual eventos depresivos, esto significa que un poco más de la mitad de ellos han recibido graves impactos en su estado de ánimo. (14)

Aristizábal E, Ríos A, Del Pozo F. (2017), realizaron un estudio sobre "Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla – Colombia" en los años 2015-2016. El tipo de estudio es investigación-acción. El enfoque es mixto, se emplearon técnicas de Estadística Descriptiva y Diseño de Comparación Multicaso. El muestreo realizado fue intencional, debido a la demanda de consulta psicológica individual de 18 mujeres, de un total de 130, recluidas en este centro penitenciario de mínima seguridad. Con respecto a la salud mental de las entrevistadas, pudo identificarse 50 % de internas con Trastornos Depresivos de considerable gravedad. Sintomatología como: humor disfórico, cansancio exagerado incluso tras esfuerzo mínimo, pérdida de confianza en sí misma y sentimientos de inferioridad. Ideas de culpa y de impotencia, perspectiva sombría del futuro, trastornos del apetito y de la conducta de sueño. En 16,6 % del total de entrevistadas, la depresión estuvo asociada con pensamientos recurrentes de muerte, ideación e intentos suicidas. En 22.2 % se encontró Trastornos de Ansiedad con Ataques de Pánico caracterizados por episodios de agitación psicomotora, pensamiento anticipatorio, irritabilidad, frecuentes explosiones emocionales, temores infundados y conductas de evitación o aislamiento. Las mujeres jóvenes con estos Trastornos de Ansiedad expresaron preocupaciones y angustia al sentirse incapaces de poder ayudar económicamente a sus padres, ya que muchos presentan enfermedades; además de la decepción que les han causado, puesto que la mayoría de sus padres ignoraba las actividades ilegales a las que estas jóvenes se dedicaban. En las mujeres ya condenadas se identificaron en mayor proporción trastornos depresivos asociados al tiempo de reclusión que les falta, a obtención de beneficios o rebajas, al resquebrajamiento del proyecto vital y/o dificultades

para reconstruir un nuevo proyecto. También hay ansiedad asociada al desconocimiento del estado judicial de sus procesos, falta de comunicación o conocimiento de sus abogados, espera de beneficios o sentencias. (15)

De Miguel E. **(2014),** en un estudio sobre "El encierro carcelario. Impacto en las emociones y los cuerpos de las mujeres presas" en el País Vasco o Euskadi en el año 2014, el tipo de estudio obedeció al descriptivo, de corte trasversal, en el cual se utilizó la entrevista como técnica de recolección de datos, El presente estudio se basa en las 49 entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres de la prisión de Nanclares de Oca (Álava, Comunidad Autónoma de Euskadi) y en la observación participante desarrollada a lo largo de 14 meses encontró que las mujeres participantes en la investigación manifestaron problemas de salud antes de entrar en prisión en porcentajes nada desdeñables. Así, más de una de cada diez afirmaron tener una o más de las siguientes dolencias antes de su ingreso: enfermedad crónica, problemas psíquicos, alcoholismo, VIH habitualmente relacionado con el consumo de drogas u otros problemas de salud. Cerca de la mitad de ellas era o habían sido toxicómanas. … más de la mitad de ellas dijeron que la cárcel les había traído síntomas de depresión, y/o agobio y claustrofobia. Además, tres cuartas partes de las participantes reportó síntomas de ansiedad y más de la mitad haber sufrido algún ataque de ansiedad durante su estancia en prisión. En menor medida, pero aún de manera muy importante, más de una de cada tres manifestaban que la situación de encierro carcelario había traído consigo deseos de venganza y en un porcentaje similar, agresividad. Asimismo, una de cada tres afirmó que la cárcel le había producido desequilibrios mentales y una de cada diez manifestó haber intentado suicidarse en algún momento de su tiempo de encarcelamiento. (16)

Ribeiro F, De Souza F, "et al". (2016), en un estudio sobre "Perfil socioeconómico y salud ginecológica de presidiarias" en la ciudad de Alfenas, en el sur de Minas Gerais – Brasil, en el año 2016. Se trata de un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo. La recolección de datos se realizó con 18 mujeres, a través de entrevistas con cuestionarios que contienen preguntas estructuradas y semiestructurada, con información socioeconómica, temas de salud y acceso del preso a la atención médica. encontraron que, al analizar los aspectos socioeconómicos, se identificó que la edad osciló entre 18 y 30 años y en cuanto al estado civil, el 33,3% eran solteras, 27,8% estaban en una relación estable, 22,2% eran casadas, el 11,1% eran viudas y el 5,6% estaban separadas. En términos de ocupación, se observó que el 50% trabajaban desde casa, 38,8% eran trabajadoras del hogar, 5,6% eran estudiantes y el 5,6% estaban desempleados. Los datos mostraron que el 88,8% de las

presidiarias eran del estado en la que fueron atrapadas. Respecto a escolaridad, el 100% de los internos había Primaria incompleta. La menarquia y la primera relación sexual ocurrieron casi que simultáneamente y los casos de aborto totalizaron el 5,6%. En cuanto al historial de cirugías ginecológicas, ninguna de las detenidas realizó histerectomía y el 11% hizo bloqueo tubárico. En cuanto al cuidado de la salud ginecológica, el 83% de las presidiarias realizaron el examen de Papanicolau en el año del estudio, el 73% realizaron el examen, pero desconocían el resultado, y el 5,6% relató que su vida sexual sufrió cambios debido a la presencia de la enfermedad, DST. (17)

Do Carmo M, Da Silva B, Esteves-Pereyra A, Roma A, Larouse B. (2016)", en un estudio sobre "Nascer en la prisión: gestación y parto detrás de las rejas en Brasil", en el año 2016. Estudio analítico descriptivo. La población incluida en este análisis fue de 241 madres, el 45% con menos 25 años de edad, 57% marrón, 53% con menos de ocho años de estudio y 83% multíparas. En el momento del arresto, el 89% de las mujeres ya estaban embarazadas y dos tercios no deseaban quedar embarazadas. Actual. El acceso a la atención prenatal fue inadecuado para el 36% de las madres. Durante la hospitalización 15% refirió haber sufrido algún tipo de violencia (verbal, psicológica o física). La atención recibida fue considerada excelente por solo el 15% de las madres. Recibió poco apoyo social / familiar y el uso de esposas. Casi el 90% de las detenidas ya estaban embarazadas cuando fueron presas. Durante el período gestacional, casi el 40% de las mujeres no recibieron visita de familiares o amigos y el inicio del trabajo de parto fue informado a los familiares para el 10% de las mujeres. Las puérperas relataron haber sufrido maltrato o violencia durante la estancia en las maternidades por los profesionales de la salud (16%) y los guardias o agentes penitenciarios (14%). En las dos situaciones las principales formas de maltrato / violencia y en el caso de las mujeres (18).

Baca-Neglia H, Chacaltana-Condori B, Roa-Meggo Y, Zegarra-Zamamé T, Bustamante Z. (2015); en un estudio sobre "Salud sexual y reproductiva de las reclusas en cárceles peruanas en Lima – Perú" en el año 2015. Estudio tipo prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, realizado entre los meses de noviembre y diciembre del 2014 en los penales de Chorrillos comunes, Virgen de Fátima, Anexo de Chorrillo, Ancón II, con una población total de 1929 mujeres y una muestra de 739. Determinaron la frecuencia absoluta y relativa de las variables de interés con el programa SPSS. Resultados: la edad media fue de 34 años, provenía de Lima, nivel educativo bajo, ama de casa y en la mayoría de los casos fueron abandonadas por sus parejas después de la reclusión. El 87.7% tuvo su

primera relación sexual en la adolescencia, la mayoría usaba protección para evitar una infección de trasmisión sexual (ITS) o un embarazo (85%), recibieron los insumos en el Establecimiento Penitenciario y en la mayoría de los casos estas mujeres recibieron esta información antes de entrar al penal. En el ejercicio de su sexualidad, solo un 25.2% de ellas había solicitado un permiso de visita conyugal y la solicitud tuvo una demora de 15 meses para su aprobación, ellas tenían que acreditar que estas personas tenían un vínculo de pareja con ellas y no ser portadores de ITS. Las mujeres que vivieron la maternidad en reclusión, tuvieron acceso al control pre natal en el penal y frente a una complicación o a la atención final del parto, este fue realizado fuera del Establecimiento Penitenciario. Conclusiones: la población femenina encarcelada era en su mayoría una población adulta, con bajo nivel educativo, ama de casa, que perdió en la mayoría de los casos a sus parejas después del encarcelamiento. Muchas de estas mujeres, tuvo información desde antes de su ingreso al penal sobre temas como las ITS y la anticoncepción, recibía insumos en el Establecimiento Penitenciario. Ejerció su sexualidad, solicitando permiso para las visitas conyugales, que tuvo una demora en el trámite y ella tuvo que acreditar el vínculo de pareja, además de no ser portador de ITS (9).

Rivas R (2012), en un estudio titulado Características sociodemográficas asociadas a la depresión en las internas del penal Huacariz de Cajamarca, año 2012. Estudio exploratorio. La población estuvo constituida por 22 mujeres encarceladas del Penal Huacariz. Para ello se administraron la Escala de Depresión de Hamilton y una Entrevista Semiestructurada. Hicieron primero un análisis cuantitativo de los datos, en relación a los resultados de la Escala de Depresión de Hamilton y luego un análisis cualitativo, en relación a los resultados que arrojó la Entrevista Semiestructurada. Los resultados mostraron que el 55% de la población penal femenina tenía depresión mayor, el 27% depresión menor y el 18% no tiene depresión. Las características asociadas a la depresión son el lugar de procedencia, el distanciamiento de los hijos, la frecuencia de visitas y las relaciones interpersonales escasas o deterioradas de las internas al interior del Penal. La escasa o nula frecuencia de visitas es otra característica asociada a la depresión de las internas. La soledad que experimentan las internas que no interactúan o interactúan poco con las demás y que además no tienen frecuencia de visitas de sus familiares y/o amigos, constituye otro factor de riesgo que mantiene la depresión (19**).**

Garaygochea M, Pino R, Chávez I, "et al" (2013), realizaron un estudio titulado "Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un Establecimiento Penitenciario de Lima,

Perú" en el año 2013. Estudio de tipo transversal que incluyó mediante un muestreo aleatorio simple a mujeres en edades entre los 18 a 54 años. En ellas se analizaron 180 muestras serológicas y 168 muestras de secreción cérvico vaginal. Resultados: encontraron que de las 168 muestras de secreción endocervical, las infecciones por Chlamydia trachomatis fueron las más frecuentes dentro de las ITS, seguidas por otras infecciones de tipo oportunista como la Gardnerella vaginalis y la Trichomonas vaginalis con el 24,4 y 10,1% respectivamente. Por otro lado, el 20,2% de los estudios de Pap mostraron alteraciones citológicas. De las 180 muestras serológicas analizadas los casos positivos para VIH y sífilis fueron en ambos casos el 2,2% y para herpex simplex tipo 2 el 1,7%. Conclusión: existe una alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres privadas de libertad del Establecimiento Penitenciario Chorrillos I en la ciudad de Lima, Perú. Se debería establecer sistemas de tamizaje de rutina para el diagnóstico y tratamiento de las ITS dentro del sistema carcelario, e incluir a esta población en los programas de salud sexual y reproductiva. (20)

Regional y local.

Tapia Y (2017). En un estudio sobre "conducta sexual asociada a lesión escamosa intraepitelial cervical en mujeres jóvenes del programa de cáncer del hospital II-2 Tarapoto: estudio de casos y controles. Agosto 2015 – Agosto 2016", Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal; con diseño de casos y controles, se encontró que el 86,7% de las mujeres jóvenes iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años y el 13,3% iniciaron igual o después de los18 años ; en lo que respecta al número de parejas sexuales se muestra que el 43,3% de mujeres tuvo tres o más parejas, el 32,7% tuvo dos parejas y el 24,0% tuvo sólo una pareja; el 72% no tenía antecedentes (33) de Infección de Transmisión Sexual (ITS) y el 28% sí lo tenía ; el 70% de la mujeres jóvenes no hacían uso de anticonceptivos orales y el 30% sí lo hacían . Mientras que el 82,7% no usaban preservativo a diferencia del 17,3% que sí lo usaban (21).

Altamirano S, García S. (2016), en un estudio sobre "Principales factores de riesgo para el cáncer cervico uterino y citología cervical uterina alterada (Pap – Ivaa), En Mujeres Atendidas En El Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016". Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, correlacional, la población fue 50 mujeres en edad fértil con citología cervical uterina alterada. La técnica fue la revisión documentaria y como instrumento ficha de recolección de datos. Se encontró que los factores gineco-obstétricos de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2,

Tarapoto – 2016 referida a su edad de la menarquia; 12 mujeres (24%) tuvieron una menarquia menor o igual a 11 años, mientras que 38 mujeres que representan el 76% lo tuvieron después de los 11 años. En relación a la edad de inicio de relaciones sexuales; 22 mujeres (44%) tuvieron un inicio de relaciones sexuales menor o igual a 15 años, mientras que 28 mujeres que representan el 56% lo tuvieron después de los 15 años. En relación al uso de anticonceptivos; 39 mujeres (78%) usan anticonceptivos, mientras que 11 mujeres que representan el 22% no lo usaron. Referida a la Infección de Transmisión sexual; 37 mujeres (74%) tuvieron Infección de Transmisión sexual, mientras que 13 mujeres que representan el 26% no lo tuvieron. (22)

1.3. Bases teóricas

1.3.1. Salud mental.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (6)

1.3.2. Ansiedad.

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad). En el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad. (23)

Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo.

Spielberger postula que una teoría adecuada de la ansiedad debe considerar este constructo como el de un proceso psicobiológico complejo, distinguiendo a su vez la ansiedad como un estado transitorio, o como un rasgo que permanece relativamente estable en determinadas

personas. Lo que derivó en la creación de uno de los cuestionarios existentes utilizados para medir la ansiedad, el “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Donde la ansiedad estado fue asociada a un concepto de la ansiedad ligada a sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión, nerviosismo, encontrándose el sujeto bajo un estado emocional transitorio de ansiedad. Mientras que la ansiedad rasgo hace referencia a las características de la personalidad de cada individuo que hacen que este sea más o menos propenso a padecer estados de ansiedad. Esta sencillez a la hora de obtener mediciones claras de la ansiedad y unido a la obtención de diferentes evidencias de validez hacen que el STAI sea uno de los cuestionarios más utilizados. (24)

Estudiosos como Spielberger (1966, 1972, 1989) opinan que, para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello proponen la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo.

Ansiedad Estado. Es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos.

Ansiedad rasgo. Hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. (25)

Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad.

Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación. De esta forma y en la medida en que los mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias se verán cómo menos amenazantes y se producirá una reducción del estado de ansiedad.

Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos valores de ansiedad rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos otros que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo (Pons, 1994; Wadey y Hanton, 2008; Mellalieu y Hanton, 2009; Mellalieu, Neil, Hanton y Fletcher, 2009). La interacción entre ambos tipos de ansiedad explica por qué la ansiedad-estado puede variar, tanto entre individuos (la característica de ansiedad puede ser diferente ante la misma situación), como individualmente (la misma persona experimenta ansiedad en una situación, pero no en otra). En cuanto a la ansiedad-rasgo, habría que suponer que individualmente varía poco, y, debido a su influencia, las diferencias de ansiedad-estado entre individuos deberían mantenerse ampliamente estables (consistencia relativa). Finalmente, Hackfort y Spielberger (1989) postulan que, en caso de ansiedad-rasgo elevada, se produce un más rápido aumento de la ansiedad-estado (25)

Epidemiología de la ansiedad

El TAG es el trastorno de ansiedad más visto por el médico general con una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Además, es un padecimiento que presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años y en menor grado en la población mayor de 60 años. Las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres y el TAG declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero se incrementa en las mujeres. (26)

Tipos de ansiedad:

- **Trastorno de ansiedad generalizada. -** La ansiedad puede ser una sensación general y constante de preocupación.
- **Trastorno de pánico. -** Ataques súbitos de sentimientos de pánico.
- **Agorafobia. -** Sentimientos de pánico en lugares donde la persona tiene la sensación de no poder salir o escapar, de sentirse desprotegidos, adquiriendo miedo así a viajar, a acudir a centros comerciales, lugares públicos, etc.
- **Trastorno de estrés post traumático. -** Aparece ansiedad tras haber vivido una experiencia aterrorizante que implica daño físico o amenaza de daño físico (ejemplo, tras violaciones, secuestros, accidentes de tráfico, catástrofes, etc.).
- **Fobia social. -** Es una timidez exagerada, que se caracteriza por un miedo y ansiedad marcados y persistentes al enfrentarse a determinadas situaciones sociales.

- **Fobias específicas. -** La ansiedad surge ante situaciones muy específicas como la proximidad a determinados animales, la oscuridad, etc.
- **Trastorno obsesivo compulsivo. -** Las personas tienen pensamientos persistentes y perturbadores (obsesiones) y usan los rituales (compulsiones) para controlar la ansiedad producida por estos pensamientos. La mayoría de las veces, los rituales terminan controlando a esas personas. (27)

Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos:

- **Síntomas físicos:**

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: disnea.
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

- **Síntomas psicológicos conductuales:**

- Preocupación, aprensión
- Sensación de agobio
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
- Irritabilidad, inquietud, desasosiego
- Conductas de evitación de determinadas situaciones
- Inhibición o bloqueo psicomotor
- Obsesiones o compulsiones (27)

1.3.3. Depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas

aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. (28)

Tipos de depresión:

- **El trastorno depresivo grave.-** también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

- **El trastorno distímico.-** también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

- Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

- **Depresión psicótica,** ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

- **Depresión posparto,** se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

- **El trastorno afectivo estacional,** se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano…

- **Trastorno afectivo bipolar:** este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal.

Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

Síntomas:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

Factores contribuyentes y prevención:

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Diagnóstico y tratamiento:

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos.

Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados.

Los tratamientos psicosociales también son eficaces en los casos de depresión leve. (29)

Depresión neurótica: es aquella que se caracteriza por un estado crónico depresivo y que clínicamente causa discapacidad muy grave en la persona que la sufre.

La duración establecida de esta depresión es más de dos años. La persona que atraviesa por esta depresión también manifiesta períodos intermedios de estado de ánimo normal que raramente duran unas pocas semanas sin llegar a ser episodios de hipomanía, un estado de ánimo elevado y eufórico claramente patológico por su desbordado optimismo.

Síntomas de la depresión neurótica según la CIE-10

Según la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10) los síntomas de la depresión neurótica son los siguientes:

- Humor depresivo constantemente recurrente y con una presencia de al menos dos años y al menos tres de los siguientes síntomas:
- Disminución de la energía o de la actividad.
- Llanto fácil.
- Dificultad para concentrarse.
- Insomnio.
- Pérdida de la confianza en sí mismos o sentimientos de inferioridad.
- Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
- Sentimientos de desesperanza o desesperación.
- Aislamiento social.
- Disminución de la locuacidad.
- Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones del pasado.
- Percepción de incapacidad para afrontar las responsabilidades rutinarias de la vida diaria. (30)

Causas de la depresión neurótica desde el enfoque psicoanalítico:

Un análisis con enfoque psicoanalítico hace referencia a este tipo de depresión una etiología como las demás neurosis por un conflicto intrapsiquico, es decir, por una lucha interna en la misma persona.

En el texto «duelo y melancolía» de Sigmund Freud (1917), hace referencia a este tipo de depresión, aludida como melancolía. Freud describe los siguientes síntomas parecidos entre el duelo y la melancolía:

- Pérdida de interés por el mundo.
- Pérdida de la capacidad de amor.
- Inhibición de toda productividad.

El autoconcepto negativo:

Existe un elemento sintomático en la melancolía que no se va a observar en el duelo y es una serie de autoreproches y de denigraciones a uno mismo:

- Yo no sirvo para nada
- No sé porque existo
- No sé porque mi esposa se casó y sigue conmigo
- Soy una basura

La pérdida:

El trabajo del duelo consiste en el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido con los enlaces de ese objeto. A ello se opone una comprensible renuncia, esa renuncia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. (30)

Así la realidad nos muestra que el objeto ya no está, ya sea porque ha muerto o porque la situación que nos produzca confort ya no pueda continuar (el trabajo, la pareja, la libertad, los ideales). Uno se vuelve muy renuente a aceptar la pérdida (tolerancia a la frustración) y comenzamos a negarla y rechazarla, uno trata de elegir el extrañamiento de la realidad, es decir, dejar de ver la realidad y satisfacer la necesidad de que el objeto esté de una forma alucinatoria.

El duelo sin resolver:

Lo normal es que una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre, es decir, se va retirando la libido que se había depositado en el objeto (por ejemplo, se le va retirando la energía al empleo perdido, a la antigua pareja amorosa). Entonces el proceso de duelo implica darse cuenta de que el objeto ya no está, se saca toda la libido puesta en el objeto, se pone el propio yo y así después liberar esa libido de nuevo en otro objeto.

Esta es la explicación que Freud ofrece es donde se observa la diferencia del duelo y la melancolía, ya que el problema de la melancolía es que es un duelo extendido.

El sujeto neurótico sabe a quién perdió, pero no sabe lo que perdió en él, así se entiende entonces que la melancolía es una pérdida inconsciente.

Lo que sucede en la melancolía es que toda esa libido (energía) que quedó flotando cuando el objeto se perdió, se vuelve al yo y este lo absorbe, así comienza el narcisismo que también es parte de la teoría de Freud. En cambio, en el duelo, cuando este se resuelve la libido vuelve una vez más a los objetos. (Por ejemplo, donde los demás ven que una persona está pasando por un proceso de duelo y no tiene interés por cosas o eventos que –normalmente- le llamaría la atención: salir con amigos, trabajar, hacer deporte. Las demás personas lo pueden observar como algo anormal o atípico, pero como finalmente lo relacionan con la pérdida reciente y lo llegan a considerar normal «es normal que esté así por la pérdida de…»).

El narcisismo:

Se debe descartar la idea errónea de que se trata de alguien que se cree mucho o superior, sino que el narcisismo implica que el centro de la problemática siempre está en ellos. En la melancolía, toda la energía libidinal está puesta en sí mismo. Hay algo en la energía libidinal que aun cuando en un sentido negativo genera un sentimiento de especialidad – ser el peor del mundo- los discursos de estar personas con neurosis depresiva siempre terminan recayendo en sí mismo (por ejemplo, es que yo siempre soy tan basura, yo valgo muy poco, yo no sirvo). Vemos pues que las cosas van siempre hacia un sistema narcisista. (30)

Un punto clave en la melancolía (neurosis depresiva) es que estas personas no se avergüenzan ante la presencia de los demás – no ocultan sus autoreproches, no les avergüenza que los demás sepan lo "malos" que son – incluso dan la impresión de que si hay más personas escuchando que tan malos son, mejor.

La autocrítica:

En la melancolía (neurosis depresiva) existe una extraordinaria rebaja del sentimiento yoico – se siente muy poco – y esta característica no se manifestará en el duelo. Sabemos entonces que en el duelo hay tristeza, arrepentimiento, dolor, pero no está relacionado con achacarse todo eso a uno mismo.

En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío, en la melancolía eso le ocurre al yo mismo. El enfermo describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable, se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Freud (1917)

Entonces en el duelo, es el mundo lo que es pobre y vacío (por ejemplo, no me interesa lo que pase afuera, no me interesa que van a hacer los demás, no me interesa si se juntan a comer, yo no voy a ir porque no me importan). En la melancolía eso que le sucede al mundo le ocurre al yo, así los pacientes se comienzan a pensar indignos y despreciables en un sentido moral – lo que espera de los demás es repulsión. Así en el desarrollo clínico de la melancolía se analiza lo que el paciente piensa que no le ha sobrevenido algún tipo de alteración, sino que el extiende esa autocritica al pasado, es decir, él siempre fue una basura y nunca valió nada.

Tratamiento de la depresión neurótica:

Existe una diferencia entre la depresión neurótica y el duelo, por lo que se debe distinguir para poder diagnosticarla y así intervenir en ella. Un proceso de duelo lleva a la aceptación, por lo que el objetivo es ayudar al sujeto sufriente a identificar esas pérdidas inconscientes y orientarlo a que pueda permitirse el inicio de un proceso de curación, el proceso del duelo. (30)

Para el psicoanálisis es importante tomar en cuenta los siguientes puntos en su tratamiento:

- Saber diferenciar entre duelo y melancolía (manifestación normal y patológica).
- Ayudar al sujeto a reconocer qué es lo perdió con el objeto amado.
- Tomar en cuenta el indicador temporal.
- Comprender el sistema narcisista que maneja el sujeto con depresión neurótica, el placer que encuentra en su sufrimiento.
- Evitar la iatrogenia en el tratamiento psicoanalítico que puede iniciar un episodio maníaco.

- En los siguientes artículos encontrarás más información sobre el tratamiento psicológico de la depresión y las técnicas conductuales que se utilizan para tratar la depresión. (30)

¿Cómo experimentan las mujeres la depresión?

La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión.

Algunas mujeres también pueden ser susceptibles a sufrir una forma grave del síndrome premenstrual, a veces llamado trastorno disfórico premenstrual. Esta es una enfermedad producida por cambios hormonales que ocurren cerca del periodo de la ovulación y antes de que comience la menstruación. Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva (31).

1.3.4. Salud Sexual.

La salud sexual comprende todos los aspectos relacionados con el ejercicio de una vida sexual sana. Se entiende como un proceso permanente hacia la consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural, en todo lo que tenga que ver con la manera en que las personas conciben y ejercen su sexualidad. La salud sexual de una visión integral del individuo, que va más allá de la ausencia de enfermedades o dolencias. No se limita simplemente a la ausencia de disfunciones, enfermedades o infecciones relacionadas con la sexualidad, sino a la posibilidad de expresar libre y responsablemente capacidades sexuales

que propicien un bienestar armonioso tanto en la persona como en la sociedad. El objetivo de la salud sexual es “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de Infecciones de transmisión sexual”. En resumen, la salud sexual está íntimamente ligada a todos los demás aspectos de la vida de la persona. Por tanto, sólo se puede tener una salud sexual plena y satisfactoria cuando los derechos sexuales se respetan, se reconocen y se garantizan. (32)

1.3.5. Salud Reproductiva.

La salud reproductiva, dentro del marco de la salud tal y como la define la OMS, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida.

Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee.

Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano. (33)

1.3.6. Riesgo reproductivo.

a) Riesgo preconcepcional:

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación. (34)

Factores sociodemográficos:

- Edad materna (inferior a 15 o superior a 35)
- Obesidad o delgadez extrema
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción
- Violencia de género
- Actividad Física o laboral de riesgo
- Nivel socioeconómico bajo
- Exposición a teratógenos, farmacológicos y ambientales

Antecedentes reproductivos:

- Esterilidad Previa
- Aborto o parto pre termino a repetición
- Muerte perinatal
- Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos

Antecedentes médicos:

- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardiaca o renal
- Endocrinopatías
- Epilepsias
- Enfermedad respiratoria crónica
- Enfermedades hematológicas o hepáticas (35)

b) Riesgo Obstétrico

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica. Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de éstos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial.

Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes.

Los que defienden los sistemas de puntuación, alegan que éstos ayudan al médico encargado de la atención de la gestante no sólo a seleccionar las gestantes de riesgo, sino que permiten elaborar un pronóstico del embarazo, lo que no se obtiene siempre, debido a la baja sensibilidad de muchos de los indicadores de riesgo y también a causa de que los resultados del embarazo están influidos por las interacciones médicas efectuadas después que la situación de alto riesgo es identificada, lo que limita su empleo para predecir resultados.

El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un período y otro del embarazo, de manera que no sólo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo.

La valoración estandarizada del riesgo incrementa considerablemente la calidad de la atención prenatal, al poner a disposición del clínico un vasto caudal de información que garantiza un cuidado prenatal óptimo. (36)

Clasificación del riesgo obstétrico:

Ésta se hace según EL manual de diagnóstico y tratamiento (La Habana, 1997).

Bajo riesgo:

1. Déficit nutricional grados III y IV.
2. Muerte perinatal.
3. Incompetencia cervical o uterina.
4. Parto pretérmino y de bajo peso o uno de éstos.
5. Parto previo con isoinmunización.
6. Preeclampsia-eclampsia.
7. Desprendimiento prematuro de la placenta.

Cesárea anterior u otra operación uterina.

Alto riesgo:

1. Tumor de ovario.
2. Hipertensión arterial.

3. Enfermedad renal.
4. Diabetes mellitus.
5. Cardiopatía.
6. Procesos malignos.
7. Anemia por hematíes falciformes (sicklemia).
8. Enfermedad pulmonar.
9. Enfermedad del tiroides.
10. Enfermedad hepática.
11. Epilepsia.

Condiciones que se deben vigilar en el consultorio:

1. Edad: menor de 15 o mayor de 35 años.
2. Paridad: mayor que 6 hijos.
3. Intervalo intergenésico de menos de 2 año.
4. Déficit sociocultural.
5. Déficit nutricional grado II. (36)
6. Hábitos tóxicos.
7. Aborto habitual.
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 g de peso.
9. Citología vaginal anormal.
10. Malformación anterior o trastornos genéticos.
11. Retraso mental.
12. Estatura menor que 140 cm.
13. Presión arterial de 120/80 mm de Hg en la primera visita.
14. Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión).
15. Trastornos circulatorios periféricos.
16. Infecciones cervicovaginales.

Evaluación durante el embarazo:

Cada visita prenatal es una oportunidad para descubrir una anomalía que pueda originar dificultad para la madre, el producto o ambos, y que constituya un factor de riesgo.

Bajo riesgo

1. Infecciones virales.

2. Ganancia de peso inadecuada.
3. Tabaquismo y alcoholismo (se debe vigilar).
4. Útero grande en relación con la edad gestacional.
5. Anemia grave (hemoglobina inferior a 10 g/L).

Alto riesgo

1. Estados hipertensivos inducidos por el embarazo.
2. Pielonefritis.
3. Isoinmunización.
4. Diabetes gestacional.
5. Sangramiento uterino (gestorragias).
6. Polihidramnios u oligohidramnios.
7. Enfermedad tromboembólica.
8. Embarazo múltiple. (36)
9. Rotura prematura de las membranas.
10. Infección ovular o genital.
11. Útero pequeño para la edad gestacional.
12. Postérmino (ingresada).
13. Problemas quirúrgicos agudos. (36)

c) Riesgo Perinatal

Unos conjuntos de condiciones clínicas suelen asociarse con el alto riesgo perinatal. Dentro de ellas existen: las maternas, fetales, del trabajo de parto y parto, así como las neonatales inmediatas.

Condiciones maternas.

Dentro de éstas se encuentran la edad al momento del parto, el nivel socio-económico, el antecedente de infertilidad, el hábito de fumar, afecciones endocrinas como la diabetes mellitus y las enfermedades del tiroides, la malnutrición, la infección del tracto urinario, las enfermedades pulmonares y cardiocirculatorias y la hipertensión arterial, así como la anemia, la isoinmunización al nivel eritrocitario y plaquetario, y la trombocitopenia.

Algunas condiciones están vinculadas con alteraciones específicas de la gestación: el exceso o la disminución de la cantidad de líquido amniótico, así como las gestorragias tempranas

(del primer trimestre) y las tardías (del tercer trimestre); la rotura prematura de membranas, la infección y la fiebre.

El alcoholismo y la drogadicción comportan también un riesgo significativo.

Condiciones fetales.

Las condiciones fetales más vinculadas con riesgo perinatal son el embarazo múltiple, el pobre crecimiento fetal, la macrosomia, la mal posición fetal, las alteraciones del foco fetal, la acidosis y la disminución de los movimientos fetales. (36)

Condiciones del trabajo de parto y del parto.

Constituyen un grupo muy importante para el riesgo perinatal, ya que son responsables casi siempre de afecciones graves, que comprometen la vida del neonato, y pueden dejar secuelas a largo plazo, porque están vinculadas a la asfixia. Dentro de ellas están el trabajo de parto pretérmino, el trabajo de parto muy rápido o muy prolongado, las presentaciones anómalas, el prolapso del cordón umbilical, la hipotensión y el choque materno, la polisistolia (dinámica excesiva), la existencia de fiebre, el parto por cesárea, el uso de analgesia y anestesia, así como las anomalías placentarias. (36)

Condiciones neonatales inmediatas

La prematuridad es el problema más importante de la perinatología contemporánea, y ella está asociada con un conjunto de afecciones que provocan alta mortalidad y posibilidad de secuelas. Otras condiciones neonatales inmediatas desfavorables son el índice de Ápgar bajo sostenido, el sangramiento neonatal, el crecimiento intrauterino retardado y la posmadurez. (34)

1.3.7. Riesgo sexual:

El comportamiento sexual de alto riesgo pone a las personas en riesgo de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) , embarazos no planificados, y de estar en una relación sexual antes de estar lo suficientemente maduros para saber en qué consiste una relación saludable. Los adolescentes y los adultos jóvenes corren un riesgo más alto que los adultos.

Como ejemplos de comportamientos sexuales de alto riesgo se incluyen:

- Relación sexual sin usar un condón masculino o un condón femenino, excepto en una relación duradera con una sola pareja (monogámica).

- Contacto sin protección bucal-genital, excepto en una relación monogámica duradera.
- Actividad sexual temprana, especialmente antes de los 18 años.
- Tener múltiples parejas sexuales.
- Tener una pareja de alto riesgo (una persona que tiene muchas parejas sexuales u otros factores de riesgo).
- Tener sexo anal o una pareja que lo hace, excepto en una relación duradera con una sola pareja (monogámica).
- Tener relaciones sexuales con una pareja que se inyecta o se ha inyectado drogas alguna vez.
- Tener relaciones sexuales (trabajo sexual) a cambio de drogas o dinero. (36)

Motivos del comportamiento sexual de alto riesgo:

Las personas pueden tener comportamientos sexuales de alto riesgo porque:

- Tal vez no entiendan por qué las ITS son motivo de preocupación ni cómo se transmiten.
- Es posible que no hablen de prácticas de sexo más seguro con sus parejas sexuales.
- No estén preparadas ni entiendan cómo usar medidas de protección para prevenir las ITS.
- Quizá no sean conscientes los síntomas de las ITS.
- Tal vez no busquen atención médica para los síntomas de las ITS.
- Es posible que no tengan acceso a tratamiento ni puedan afrontar los costos del tratamiento.
- Podrían usar alcohol y drogas y tener relaciones sexuales. Las drogas y el alcohol alteran la capacidad de discernimiento y hacen más probable el tener relaciones sexuales sin protección. (36)

a) Infecciones de transmisión sexual:

Además de los resfriados y la gripe, las infecciones de transmisión sexual son algunas de las infecciones más transmitidas… en el mundo. Las STI afectan tanto a los hombres como a las mujeres, y casi la mitad de todas las STI ocurren en personas de menos de 25 años. La exposición a una ITS puede ocurrir en cualquier momento que tiene contacto sexual con alguien, que involucra los genitales, la boca (oral) o el recto (anal). La exposición es más probable si tiene más de una pareja sexual o no usa condones. Algunas ITS pueden transmitirse mediante contacto no sexual, como al compartir agujas, durante el parto o

durante el amamantamiento. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) también se llaman enfermedades de transmisión sexual.

Las ITS son una preocupación para salud pública a nivel mundial, porque existen más oportunidades de que las ITS se propaguen debido a que hay más personas que viajan y participan en actividades sexuales. Algunas ITS han sido vinculadas a un mayor riesgo de adquirir ciertos tipos de cánceres e infecciones como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Las mujeres embarazadas pueden propagar las ITS a sus bebés. Es posible que muchas personas no tengan síntomas de una ITS pero aun así pueden propagar una infección. Las pruebas para detectar ITS pueden ayudar a encontrar problemas en forma temprana, a fin de poder comenzar el tratamiento si es necesario. Es importante tener relaciones sexuales más seguras con todas las parejas, especialmente si usted o ellas tienen comportamientos sexuales de alto riesgo. (37)

Las personas que tengan síntomas de una ITS:

- No debe tener contacto ni actividad sexual mientras espera su cita. Esto evitará la propagación de la infección.
- Las mujeres no deben hacerse lavados vaginales. El lavado vaginal cambia el equilibrio normal de las bacterias en la vagina. Es posible que el lavado vaginal haga que la infección ingrese en el útero o en las trompas de Falopio y cause una enfermedad inflamatoria pélvica (EPI).

Infecciones de transmisión sexual comunes

Existen al menos 20 diferentes ITS. Pueden ser causadas por virus, bacterias y protozoos.

- Clamidia.
- Herpes genital.
- Verrugas genitales o virus del papiloma humano (VPH). Ciertos tipos de VPH de alto riesgo pueden causar cáncer de cuello uterino en las mujeres.
- Gonorrea.
- Hepatitis B.
- Sífilis.
- Tricomoniasis.
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que causa el SIDA. Tener otras STI, como herpes genital, puede aumentar su riesgo de contraer VIH.

Otras infecciones que pueden transmitirse sexualmente. Estas incluyen hepatitis A, citomegalovirus, molusco contagioso, mycoplasma genitalium, hepatitis C y posiblemente vaginosis bacteriana.
Sarna y piojos púbicos, los cuales pueden propagarse por contacto sexual. (37)

Riesgos específicos para mujeres con infecciones de transmisión sexual:

En las mujeres, las ITS pueden causar una infección grave del útero y de las trompas de Falopio (órganos reproductivos) llamada enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). La EIP puede causar la formación de tejido cicatricial que obstruya las trompas de Falopio, conduciendo a esterilidad, embarazo ectópico, absceso pélvico o dolor pélvico crónico. (37)

Las ITS en las mujeres embarazadas pueden causar problemas como:

- Aborto espontáneo.
- Bajo peso al nacer.
- Parto antes de término.
- Infecciones en el bebé recién nacido, como neumonía, infecciones en los ojos o problemas del sistema nervioso. (37)

Prevención de las infecciones de transmisión sexual:

A. Asesoramiento y enfoques conductuales

- Las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). Esas intervenciones incluyen:
- Educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH;
- Asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos;
- Intervenciones dirigidas a grupos de población claves, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables; y asesoramiento y educación sexual adaptadas a las necesidades de los adolescentes.

Además, el asesoramiento puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales a hacerlo. Lamentablemente, la falta de sensibilidad del público, la falta de capacitación del personal sanitario y el arraigado estigma generalizado en torno a las ITS siguen dificultando un mayor y más eficaz recurso a esas intervenciones. (37)

B. Métodos de barrera

Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero en el marco de los programas nacionales no se utilizan tan ampliamente como los preservativos masculinos. (38)

b) VIH/ SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4.

La inmunodeficiencia aumenta el riesgo de contraer numerosas infecciones, cánceres y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir.

La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. Las personas que padecen SIDA pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas de gravedad.

Signos y síntomas:

Los síntomas de la infección por el VIH difieren según la etapa de que se trate. Aunque el máximo de infectividad se tiende a alcanzar en los primeros meses, muchos infectados ignoran que son portadores hasta fases más avanzadas. A veces, en las primeras semanas que siguen al contagio la persona no manifiesta ningún síntoma, mientras que en otras ocasiones presenta un cuadro seudogripal con fiebre, cefalea, erupciones o dolor de garganta.

A medida que la infección va debilitando el sistema inmunitario, la persona puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento pueden aparecer enfermedades graves como tuberculosis, meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros. (39)

Transmisión:

El VIH se transmite a través del intercambio de determinados líquidos corporales de la persona infectada, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible infectarse en los contactos ordinarios cotidianos como los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, agua o alimentos.

Factores de riesgo:

Hay algunos comportamientos que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH:

- Tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo.
- Padecer otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- Compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables; recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado; pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud. (39)

1.3.8. Conductas de riesgo sexual: es la exposición del individuo a una o varias situaciones en la que se establece como prácticas sexuales de riesgo, el inicio temprano de relaciones sexuales, las múltiples parejas, la infidelidad sexual y el consumo de drogas (incluido el alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas y por supuesto el no uso de métodos de protección y anticonceptivos, conductas que se han evidenciado en la presente investigación y en otras.

Sin duda estos condicionantes pueden ocasionar daños a la salud de un individuo o a la de otras personas, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por ITS, o generar una situación de embarazo no deseado y (o) abortos en condiciones de riesgo. (40)

1.3.9. Conductas de riesgo reproductivo: es la probabilidad que tiene una mujer, no gestante, de sufrir daños durante el proceso de la reproducción. Se estima que un porcentaje considerable de las mujeres que inician la gestación presentan problemas de salud previo y que ellos pudieran agravarse durante el embarazo y poner en riesgo

la vida de la madre, el feto o ambos. El embarazo temprano y tardío, ambas edades extremas de la vida reproductiva, constituyen factores de riesgo preconcepcional reconocidos. El embarazo adolescente es uno de los dilemas médicos con mayor importancia, resultado de la precocidad en las relaciones sexuales y el uso inadecuado de los anticonceptivos. (41)

1.4. Justificación

En la actualidad existe una tasa cada vez más crecientes de enfermedades mentales que representan un gasto anualmente a la economía mundial US$ 1 billón en pérdida de productividad, las cuales si no son tratadas a tiempo aumentan el riesgo de contraer otras enfermedades como la infección por VIH, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, y viceversa. (7)

Valiéndonos de estas dos aseveraciones podemos afirmar que las enfermedades mentales han ido en aumento dentro de la población, pero del mismo modo como la psicología busca las maneras de dar soluciones eficaces a estos problemas nunca se podrán hacer si no tomamos en cuenta todos los factores que predisponen específicamente a la depresión y la ansiedad.

En la actualidad se pueden observar numerosos estudios acerca de la salud mental y su repercusión en el trabajo, la familia, la sociedad pero poco o nada se habla de los efectos de la salud mental y como repercute negativamente al deterioro de la salud sexual y reproductiva, de ahí el interés en estudiar las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario “Las Lomas de Sananguillo”, tomando en cuenta varios estudios que demuestran que el mayor índice de personas que padecen de enfermedades mentales en cuestión de género es la población femenina.

La importancia de este estudio reside en el hecho que las mujeres privadas de su libertad tienen varios factores de riesgo para desarrollar enfermedades mentales por la misma situación en que ellas se encuentran cuando ingresan a un Establecimiento Penitenciario, dentro de estos factores se encuentran los sociales, dado que muchas de ellas son, abuelas, hijas, esposas y madres, y son obligadas a abandonar a sus menores hijos, además de ser abandonadas por sus conyugues, otras son olvidadas o desatendidas por la familia.

Dentro de los factores ambientales sabemos que son recluidas en ambientes en condiciones poco salubres, con gran hacinamiento y no adaptada para mujeres sino únicamente para población masculina.

Dentro de los factores económicos debemos recalcar que estas mujeres son el brazo de la economía de muchos hogares de la región y al no haber un programa bien elaborado de autosuficiencia con el fin de generar ingresos desde el interior del establecimiento, este factor afecta enormemente la salud mental de la mujer.

Como factores psicológicos y emocionales, se encuentran los maltratos verbales y físicos que reciben estas mujeres por los agentes del Establecimiento Penitenciario, y lo peor es que también ellas son privadas de un cuidado adecuado de su salud y con frecuencia se les diagnostica lesiones precancerosas y cancerosas. ITS, cáncer de mama, etc; después de hacer ese análisis no podemos negar que la mujer privada de su libertad tiene todas las condiciones para padecer enfermedades mentales, pero antes de asumir la solución de este problema desde el punto de vista psicológico se ha visto convenientes centrar el estudio en una de las ramas de la salud sexual y reproductiva que son las conductas de riesgo las que también van a repercutir en la salud mental de la mujer.

Dentro del estudio también se investigará como la salud mental afecta en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas de las internas, puesto que muchas de ellas ya ingresan al centro penitenciario "Las Lomas de Sananguillo" con infecciones vaginales que con el pasar del tiempo y la falta de atención en salud, hace que estas enfermedades evolucionen hasta complicarse y hacerlas vulnerables a desarrollar otras enfermedades y complicaciones, como las lesiones precancerosas y cancerosas.

La infección por chlamydia trachomatis, junto con neisseria gonorrhoeae son las ITS transmitidas por bacterias más frecuentes en el mundo, estudios realizados en mujeres privadas de libertad, confirman altas prevalencias de esta infección, sugiriéndose incluso tratamiento presuntivo. En nuestro país no existen antecedentes de estudios realizados para determinar la prevalencia de clamidiasis en mujeres recluidas en centros penitenciarios. (39)

Además la ansiedad y depresión que estas mujeres padecen las hace susceptibles al consumo de drogas, ya sea por aspiración, o inyecciones son un foco para la transmisión de VIH y sífilis, además el tener relaciones sexuales sin protección, el tener diferentes parejas sexuales, el pagar por sexo, hace que estas conductas compliquen también su salud reproductiva, puesto que muchas de ellas pueden quedar infértiles o estériles, con abortos frecuentes, y tener además complicaciones durante la gestación.

Es por ello que el estudio permitirá determinar la repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas, identificando las características

sociodemográficas de las internas, para evaluar el estado de salud mental según dimensiones: ansiedad y depresión, y determinar el estado de salud mental de mayor repercusión a las conductas de riesgo sexual y reproductiva.

En base a lo mencionado anteriormente podremos seguir o iniciar otros estudios del caso para establecer programas en salud sexual y reproductiva, programas en salud mental, etc , que ayuden a mejorar las condiciones de vida de estas mujeres dentro de sus años de sentencia en el Establecimiento Penitenciario " Las Lomas de Sananguillo" y así contribuir a disminuir los índices de morbilidad dentro de la región y en especial dentro de aquella población poco estudiada y con grandes problemas para ser solucionados, sin olvidar que vendrían a ser el foco de mucha enfermedades.

1.5. Formulación del problema.

¿Qué repercusiones tiene la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva de internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo, Región San Martín; agosto a diciembre 2018?

II. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general.

Determinar la repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018.

2.2. Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Evaluar el estado de salud mental según dimensiones: ansiedad y depresión en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo.
3. Identificar las conductas de riesgo sexuales en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo.
4. Identificar las conductas de riesgo reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo.

5. Determinar el estado de salud mental de mayor repercusión a las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo.

2.3. Formulación de la hipótesis.

2.3.1. Hipótesis de investigación.

El estado de salud mental repercute significativamente en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo Región San Martín; agosto - diciembre 2018.

2.3.2. Identificación de variables.

Variable independiente.

Estado de salud mental.

Variable dependiente.

Conductas de riesgo sexual y reproductiva.

2.4.Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	NIVELES Y RANGO
ESTADO DE SALUD MENTAL	Es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.	Es el estado de bienestar de la mujer privada de su libertad, ella es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida en el Establecimiento Penitenciario, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir de manera positiva a la comunidad penitenciaria.	Depresión:	- Como me siento emocionalmente - Como están mis funciones biológicas - Como me percibo físicamente - Como me siento respecto a las tareas pendientes. - Como me siento respecto al futuro - Como percibo que la gente me percibe - Como me siento respecto a la vida	- No me ocurre o muy pocas veces (1) - Algunas veces (2) - Muchas veces (3) - Siempre me ocurre (4) - No me ocurre o muy pocas veces (4) - Algunas veces (3) - Muchas veces (2) - Siempre me ocurre (1)	- *No depresión* (20 - 33Pts) - *Depresión leve* (34-40 Pts.) - *Depresión moderada* (41-54 Pts.) - *Depresión neurótica media* (41-47 Pts.) - *Depresión neurótica alta* (48-54 Pts.) - *Depresión severa* (55-80 Pts.)
			Ansiedad:	- Como me siento en ese momento - Como estoy en ese momento anímicamente	- No (1) - Un poco (2) - Bastante (3) - Mucho (4)	- *Ansiedad estado Alto* (> = 45) - *Ansiedad estado Medio* (30-44) - Ansiedad estado Bajo (< = 30)
				- Como es mi estado de ánimo generalmente - Como me describo respecto a mis emociones - Como reacciono ante los problemas de la vida - Como me describo de acuerdo a las dificultades de la vida	- Casi nunca (1) - Algunas veces (2) - Frecuentemente (3) - Casi siempre (4)	- *Ansiedad rasgo Alto* (> = 45) - *Ansiedad rasgo Medio* (30-44) - *Ansiedad rasgo Bajo* (< = 30)

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	NIVELES Y RANGO
CONDUCTAS DE RIESGO SEXUALES Y REPRODUC-TIVAS	Es la exposición del individuo o la mujer no gestante a una situación que pueda ocasionar daños a su salud (ella o su producto) o a la salud de otra persona, durante el proceso de la reproducción, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA.	- **Conductas sexuales de riesgo.-** Es la exposición de la mujer privada de su libertad a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA.	**Riesgo Sexual**	- Relaciones sexuales - Uso del preservativo - Número de parejas sexuales - Consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales - Formas de prevenir la infección por el VIH - Prueba de diagnóstico del VIH.	Si (2) –No (0) Si (0) – No (2)	*Riesgo sexual leve (0-16 Pts)* *Riesgo sexual severo (17-32 Pts)*
		- **Conductas reproductivas de riesgo.-** es la probabilidad que tiene una mujer privada de su libertad no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.	**Riesgo Reproductiva**	- Hábitos Nocivos - Violencia - Nivel socioeconómico - Antecedente de Esterilidad - Intergenésico - Número de hijos - Abortos - Partos pre término - Tipo de parto - Lugar del parto - Malformaciones congénitas - Antecedentes personales - Atención prenatal - Vacuna antitetánica - Tamizaje de VIH y Sífilis - Muerte perinatal - Enfermedades inducidas por el embarazo - Complicaciones en el puerperio	*Si (2) –No (0)* *Si (0) – No (2)*	- *Riesgo reproductivo leve: (1 - 25 Pts.)* - *Riesgo reproductiva severo: (26 – 48 Pts.)*

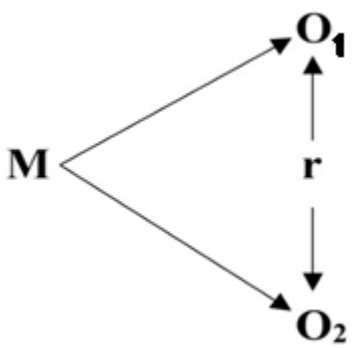
III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio.

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de nivel correlacional, con recolección prospectiva de datos.

3.2. Diseño de investigación

La presente investigación se desarrolló siguiendo un diseño "No experimental" de tipo correlacional representado en el siguiente esquema:



Donde:

M : Mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario. "Las Lomas de Sananguillo".

O_1 : Estado de Salud mental

O_2 : Conductas de riesgo sexual y reproductiva

r : relación entre las variables.

3.3. Población y muestra.

3.3.1. Población:

La población que se consideró para la investigación estuvo conformada por mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo", la misma que hacía un total de 36 mujeres.

(Fuente: Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo")

3.3.2. Muestra:

Se tomó en cuenta el 100 % de las mujeres privadas de su libertad del establecimiento "Las Lomas de Sananguillo"

3.4. Unidad de análisis:

Una mujer de privada de su libertad del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo".

3.5. Criterios de selección:

3.5.1. Criterios de Inclusión.

- Mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo"
- Mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo "que estén en LOTEP.
- Mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo" que deseen participar libre y voluntariamente de la investigación.

3.5.2. Criterios de Exclusión.

- Las mujeres privadas de su libertad extranjeras.
- Mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo" que no se comuniquen a través del idioma castellano.

3.6. Procedimiento

1. Se presentó a la facultad de ciencias de la salud y fue debidamente aprobado el proyecto de investigación para la ejecución del presente estudio.
2. Se realizó los trámites documentarios a través de la Facultad de Ciencias de la Salud para contar con el permiso respectivo para el acceso al Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo" para proceder a ejecutar el proyecto.
3. Luego, se realizó una charla de sensibilización a las mujeres privadas de su libertad e informarles acerca del proyecto a realizar.
4. Se solicitó y se contó con el consentimiento informados de las mujeres privadas de su libertad en el Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo" para la aplicación de los instrumentos de investigación.
5. Se procedió luego a la aplicación de las encuestas, para la recolección de datos necesarios cumpliendo con el protocolo de investigación.

6. Asimismo, se procedió a organizar y sistematizar los datos recolectados en una base de datos en Excel para su procesamiento estadístico respectivo.
7. Posteriormente, se realizó el análisis de los datos y se elaboró el informe de investigación
8. Finalmente se presentó el informe de investigación para la defensa pública respectiva.

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Métodos y técnicas:

Se utilizó una encuesta con preguntas cerradas (dicotómicas y politómicas) para la determinación de la repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas.

3.7.1.1. Instrumentos de recolección de datos:

Para la recolección de datos sociodemográficos hemos adaptado la primera parte de un "Cuestionario de Investigación Procesos Productivos de Software" creado por Dughera, L; Ferpozzi, H; Mura, N; Segura, A; Yansen, G y Zukerfeld, M. en el año 2010, la cual constó de 11 ítems**. (Ver anexo 1)** (42)

Para la evaluación de la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger. El IDARE que es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), autoaplicada. Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo. Existen diferentes versiones al español de la prueba, siendo una de las más utilizadas la de Ch. Spielberger, R. Díaz Guerrero y otros (1966) que es la que utilizamos en Cuba. **(Ver anexo 2)** (43)

Se clasificó y valoró de la siguiente manera:

A. Ansiedad como estado:

Ítem	Puntaje
No	1
Un Poco	2
Bastante	3
Mucho	4

Preguntas: 3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A

Preguntas: 1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B

Fórmula: (A-B) +50=

Alto (> = 45)

Medio (30-44)

Bajo (< = 30)

B. Ansiedad como rasgo:

Ítem	Puntaje
Casi Nunca	1
Algunas Veces	2
Frecuentemente	3
Casi Siempre	4

Preguntas: 22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 =A

Preguntas: 21+26+27+30+33+35+39 =B

Fórmula: (A-B) +35=

Alto (> = 45)

Medio (30-44)

Bajo (< = 30)

Para la evaluación de la depresión se utilizó la "Autoescala de Depresión de Zung y Conde". La Autoescala de Depresión de Zung, data de 1965; la versión que se estudia en este acápite corresponde a la adaptación realizada por Zung y Conde, 1969; es un cuestionario de 20 ítems, los cuales investigan la frecuencia de aparición, en un sujeto, de tristeza, desesperanza, llantos autocastigos, insatisfacciones, rumiación suicida, irritabilidad, indecisión, sueño, fatiga física, pérdida de peso, de apetito, estreñimiento, taquicardia, sexo, variación diurna, ralentización. **(Ver Anexo 3)** (43)

Para evaluar con qué frecuencia esto le ocurre debe guiarse por los criterios de clasificación que aparecen al comienzo de cada columna de respuesta.

Preguntas:1,3,4,7,8,9,10,13,15,19.

Ítem	Puntaje
Muy pocas veces o no me ocurre.; Algunas veces.; Muchas veces. Siempre me ocurre.	1 2 3 4

Preguntas: 2,5,6,11,12,14,16,17,18,20.

Ítem	Puntaje
Muy pocas veces o no me ocurre.; Algunas veces.; Muchas veces. Siempre me ocurre.	4 3 2 1

La clasificación y valoración se realizó de la siguiente manera:

- No Depresión 20-33 puntos
- Depresión leve 34-40 puntos
- Depresión moderada 41-54 puntos
- Depresión neurótica media41-47 puntos
- Depresión neurótica alta48-54 puntos
- Depresión severa 55-80 puntos

Para la evaluación de las conductas de riesgo reproductivas se utilizó **"**Encuesta validada sobre los factores de riesgo reproductiva y Esterilidad", que ha sido modificada por la autora y que consta de 26 ítems, la cual fue validada por los profesionales correspondientes para evaluarse de manera cuantitativa. Se divide en: 9 preguntas de riesgo preconcepcional, 7 preguntas de riesgo gestacional, 5 preguntas de riesgo perinatal y 5 preguntas sobre las ITS. Este instrumento fue elaborado y diseñado inicialmente por Malo C. Cecilia Y Marín C. Loisly en 2016 y fue modificado y adaptado por la autora del presente proyecto. **(Ver Anexo 4)** (44)

La clasificación y valoración se realizará de la siguiente manera:

Preguntas:	Puntuación
Respuesta positiva Respuesta negativa Respuesta en blanco	1puntos 2puntos 0puntos

- Riesgo reproductivo leve: 1-25
- Riesgo reproductivo severo: 26 – 48

Para la evaluación de las conductas de riesgo sexuales se utilizó CVSA. Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa del Ministerio de Salud de Colombia, que ha sido adaptada por la autora. El instrumento consta de un total de 17 preguntas, la cual fue validada por los profesionales correspondientes para evaluarse de manera cuantitativa enfatizan en las relaciones sexuales (vaginal, oral y anal), el uso del preservativo, el número de parejas sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales, las formas de prevenir la infección por el VIH y la prueba de diagnóstico del VIH. El formato de respuesta es de opción múltiple y con respuestas "sí" o "no", "todas las veces" "algunas veces" o "ninguna vez" dependiendo de la pregunta. Adicionalmente se realizó un análisis factorial que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un Alfa de Cronbach 0,66 para el instrumento. **(Ver Anexo 5)** (45)

La clasificación y valoración se realizó de la siguiente manera:

Preguntas:	Puntuación
Respuesta positiva	1puntos
Respuesta negativa	2puntos
Respuesta en blanco	0puntos

- Riesgo sexual leve: 0-16
- Riesgo sexual severo:17 – 32

Validación del instrumento de recolección de datos:

Las encuestas sobre riesgo sexual y reproductiva, una vez modificados por la autora, se procedió a la revisión y validación respectiva por el juicio de 02 expertos (con grados de maestro y/o doctor), para lo cual con las observaciones levantadas se procedió a la aplicación respectiva.

3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos:

El vaciado de la información obtenida de los instrumentos de evaluación aplicados se hizo en el programa Excel y se sistematizó en el programa estadístico SPSS, además se utilizó la estadística descriptiva para la elaboración de los resultados y presentarlo a través de tablas y gráficos.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018, según Características sociodemográficas.

	Características	n	%
EDAD	19-34	13	36,1
	35-50	18	50,0
	51-62	5	13,9
Total		36	100,0
LOCALIDAD DE RESIDENCIA	Provincia de San Martín	22	61,1
	Provincia de Lamas	2	5,6
	Provincia Mcal. Cáceres (Juanjuí)	2	5,6
	Provincia de Picota	1	2,8
	Otras Regiones	9	25,0
Total		36	100,0
ESTADO CIVIL	Casada	4	11,1
	Conviviente	10	27,8
	Separada	3	8,3
	Soltera	17	47,2
	Viuda	2	5,6
Total		36	100,0
OCUPACION	Ama de casa	15	41,7
	Artesana	2	5,6
	Comerciante	6	16,7
	Costurera	1	2,8
	Estudiante	3	8,3
	Oficina	1	2,8
	Secretaria	1	2,8
	Sin Ocupación	7	19,4
Total		36	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	11	30,6
	Secundaría	21	58,3
	Superior no Universitaria	1	2,8
	Superior Universitaria	3	8,3
Total		36	100,0
COMPOSICION DEL HOGAR	Completo	12	33,3
	Familiar Propio	10	27,8
	Horizontal	3	8,3
	Monoparental	7	19,4
	Unipersonal	4	11,1
Total		36	100,0

FORMAS DE INGRESO FAMILIAR	Alquiler	1	2,8
	Jubilación	1	2,8
	Otros	10	27,8
	Salario	10	27,8
	Sin Ingresos	7	19,4
	Trabajo por Encargo	7	19,4
Total		*36*	100,0
INGRESO TOTAL FAMILIAR	Bajo	29	80,6
	Medio	6	16,7
	Alto	1	2,8
Total		*36*	100,0
SOSTEN ECONOMICO	Ambos	11	30,6
	Cónyuge	3	8,3
	Otros Familiares	13	36,1
	Padre/Madre	9	25,0
Total		*36*	100,0
COBERTURA MEDICA	Si	22	61,1
	No	14	38,9
	Total	36	100,0

Fuente: Datos propios del presente estudio

En la **Tabla 1,** de las características sociodemográficas de mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo se observa que: el 50,0% (18 presidiarias) corresponde al grupo etario de 35 a 50 años. En relación al lugar de residencia, el 61,1%, (22 presidiarias) son residentes de la provincia de San Martín, el 25,0% (9 presidiarias) provienen de otras regiones. Asimismo, el estado civil, el 47,2% (17 presidiarias) son de estado civil solteras; el 27,8% (10 presidiarias) son convivientes; y solo el 11,1% (4 presidiarias) son casadas. En lo referente a la ocupación, el 41,7% (15 presidiarias) son ama de casa, el 19,4% (7 presidiarias) están sin ocupación y el 16,7% (6 presidiarias) son comerciantes. Se observa también, con respecto al grado de instrucción, que el 58.3% (21 presidiarias) tienen grado de instrucción secundaria, y el 30,6% (11 presidiarias) con nivel de instrucción primaria. En lo referente a la forma de la composición del hogar, el 33,3% (12 presidiarias) tiene la característica de completo; el 27,8% (10 presidiarias) familiar propio; y el 19,4% (7 presidiarias) monoparental. En lo referido a las formas de ingreso familiar, el 27,8% (10 presidiarias) cuentan con ingreso salarial; otro porcentaje igual, el 27,8% (10 presidiarias) tienen otras formas de ingreso; el 19,4% (7

presidiarias) tienen ingresos en la modalidad de trabajo por encargo; y el 19,4% (7 presidiarias) no cuentan con ingresos. Se observa también que el 80,6% (29 presidiarias) tienen ingreso familiar bajo; el 16,7% (6 presidiarias) ingreso medio. En cuanto a la característica sostén económico: para el 36,1% (13 presidiarias) se sostienen bajo el apoyo de otros familiares; el 30,6% (11 presidiarias) el sostenimiento económico lo asumen ambos cónyuges; y para el 25,0% (9 presidiarias) aún reciben el sostenimiento económico de los padres. En cuanto a la cobertura médica de su salud, se observa que sólo el 61,1% (22 presidiarias) cuentan con cobertura médica.

Tabla 2. Repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018; según Ansiedad.

NIVEL	**ANSIEDAD ESTADO**		**ANSIEDAD RASGO**	
	n	**%**	**n**	**%**
Bajo	4	11,1	3	8,3
Medio	4	11,1	3	8,3
Alto	28	77,8	30	83,3
TOTAL	**36**	**100,0**	**36**	**100,0**

Fuente: Datos propios del presente estudio

En la **Tabla 2,** según la repercusión de la salud mental, en lo referido a los niveles de ansiedad estado, se observa que, el 77,8% (28 presidiarias) tienen un nivel alto; el 11,1% (4 presidiarias) tienen un nivel medio; y otro 11.1% (4 presidiarias) también tienen ansiedad estado bajo. Referente a los niveles de ansiedad rasgo, se observa que, el 83,3% (30 presidiarias) tienen un nivel alto; el 8,3% (3 presidiarias) tienen un nivel medio; y otro 11.1% (3 presidiarias) también tienen ansiedad rasgo bajo.

Tabla 3. Repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018; según Depresión

NIVEL DE DEPRESIÓN	n	%
No depresión	11	30,6
Depresión leve	7	19,4
Depresión moderada neurótica media	8	22,2
Depresión moderada neurótica alta	8	22,2
Depresión severa	2	5,6
TOTAL	**36**	**100,0**

Fuente: Datos propios del presente estudio

La **Tabla 3**, presenta los resultados de la característica nivel de depresión en el grupo de estudio, observándose que, el 30,6% (11 presidiarias) no presentan depresión; el 22,2% (8 presidiarias) presentan depresión moderada neurótica media; el 22,2% (8 presidiarias) presentan depresión moderada neurótica alta, 19,4% (7 presidiarias) con depresión leve; y el 5,6% (2 presidiarias) registran depresión severa.

Tabla 4: Repercusión de la salud mental en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en las internas del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo; Agosto a diciembre 2018; según conductas de riesgo sexual y riesgo reproductiva.

CONDUCTAS	RIESGO SEXUAL		RIESGO REPRODUCTIVA	
	n	%	n	%
Leve	4	11,1	8	22,2
Severo	32	88,9	28	77,8
TOTAL	**36**	**100,0**	**36**	**100,0**

Fuente: Datos propios del presente estudio

La **Tabla 4,** se observan los resultados de la variable conductas de riesgo sexual y conductas de riesgo reproductiva del grupo de internas involucradas en el estudio de investigación; al respeto se consigna que el 88,9% (32 presidiarias) tienen conductas de riesgo sexual severo; así como, el 11,1% (4 presidiarias) tienen conductas de riesgo sexual leve. que, el 77,8% (28 presidiarias) tienen conductas de riesgo reproductiva severo; y el 22,2% (8 presidiarias) tienen conductas de riesgo reproductiva leve.

Tabla 5. Relación entre el Estado de Salud Mental y las Conductas de Riesgo Sexuales y Reproductiva, en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo Región San Martín; agosto - diciembre 2018.

RELACIÓN	**r**	**T_{EXP}**	**T_{TAB}**	**G .l.**	**Significancia p< 0.05**
Estado de salud mental: ansiedad de estado y las conductas de riesgo sexuales	0.409	2.62	2.03	34	p-valor=0.013
Estado de salud mental: ansiedad de estado y las conductas de riesgo reproductiva	0.292	1.79	2.03	34	p-valor=0.084
Estado de salud mental: ansiedad rasgo y las conductas de riesgo sexuales	0.406	2.59	2.03	34	p-valor=0.014
Estado de salud mental: ansiedad rasgo y las conductas de riesgo reproductiva	0.323	1.99	2.03	34	p-valor=0.055
Estado de salud mental: depresión y las conductas de riesgo sexuales	0.237	1.42	2.03	34	p-valor=0.164
Estado de salud mental: depresión y las conductas de riesgo reproductiva	0.376	2.08	2.03	34	p-valor=0.045

Fuente: Datos propios del presente estudio

La **Tabla 5,** referente a la correlación entre estado de salud mental (en sus dimensiones: ansiedad y depresión) y la variable conductas sexuales y reproductivas; se arribaron a lo siguiente: que existe relación estadísticamente significativa entre ansiedad estado y conductas de riesgo sexual (p-valor=0.013); también entre, ansiedad rasgo y conductas de riesgo sexual (p-valor=0.014); del mismo modo, entre depresión y riesgo reproductiva (p-valor=0.045). asimismo, se observa que las relaciones entre ansiedad estado y ansiedad rasgo y riesgo reproductiva expresan una relación mediana, aunque no estadísticamente significativa. mientras que la relación entre depresión y riesgo sexual (p-valor=0.164) es muy baja sin significancia estadística.

V. DISCUSIÓN

Al iniciar esta investigación, siempre tuvimos presente la problemática que las mujeres viven diariamente dentro del contexto carcelario, es por ello que nos hemos planteado el objetivo general de estudiar como la ansiedad y depresión repercutían en las conductas de riesgo sexuales reproductivas en las internas del E.P "Las Lomas De Sananguillo"

Estudios realizados por la OMS mencionan que la población más vulnerable a sufrir enfermedades mentales, tales como ansiedad y depresión, es la población femenina y en países en vía de desarrollo, los cuales representan el 80% de la población, más aún si se encuentra en un contexto carcelario, dado que tienen 5 elementos que ocasionan efectos negativos en la salud mental. En otros estudios de contexto carcelario, se estudiaron de manera separada el estado de salud mental y la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, hasta ahora no existen estudios que relacionen la salud mental (ansiedad y depresión) y su repercusión en las conductas de riesgo sexuales y reproductivas.

Así que, según lo antes expuesto, vamos a centrar la discusión en los resultados más relevantes obtenidos de la investigación.

En la **Tabla 1,** Respecto a las características sociodemográficas de mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo se observa que: el 50,0% (18 presidiarias) corresponde al grupo etario de 35 a 50 años. En relación al lugar de residencia, El 61,1%, (22 presidiarias) son residentes de la provincia de San Martín, el 25,0% (9 presidiarias) provienen de otras regiones. Asimismo, el estado civil, el 47,2% (17 presidiarias) son de estado civil solteras; el 27,8% (10 presidiarias) son Convivientes; y solo el 11,1% (4 presidiarias) son Casadas. En lo referente a la ocupación, el 41,7% (15 presidiarias) son Ama de Casa, el 19,4% (7 presidiarias) están Sin Ocupación y el 16,7% (6 presidiarias) son Comerciantes. Se observa también, con respecto al grado de instrucción, que el 58.3% (21 presidiarias) tienen grado de instrucción secundaria, y el 30,6% (11 presidiarias) con nivel de instrucción primaria. En lo referente a la forma de la Composición del hogar, el 33,3% (12 presidiarias) tiene la característica de completo; el 27,8% (10 presidiarias) Familiar Propio; y el 19,4% (7 presidiarias) monoparental. En lo referido a las formas de Ingreso familiar, el 27,8% (10 presidiarias) cuentan con ingreso salarial; otro porcentaje igual, el 27,8% (10 presidiarias) tienen otras formas de ingreso; el 19,4% (7 presidiarias) tienen ingresos en la modalidad de Trabajo por Encargo; y el 19,4% (7

presidiarias) no cuentan con ingresos. Se observa también que el 80,6% (29 presidiarias) tienen ingreso familiar bajo; el 16,7% (6 presidiarias) Ingreso Medio. En cuanto a la característica Sostén Económico: para el 36,1% (13 presidiarias) se sostienen bajo el apoyo de otros familiares; el 30,6% (11 presidiarias) el sostenimiento económico lo asumen ambos cónyuges; y para el 25,0% (9 presidiarias) aún reciben el sostenimiento económico de los padres. En cuanto a la cobertura médica de su salud, se observa que sólo el 61,1% (22 presidiarias) cuentan con Cobertura Médica.

En la **Tabla 2,** según la repercusión de la salud mental, en lo referido a los niveles de Ansiedad Estado, se observa que, el 77,8% (28 presidiarias) tienen un nivel, Alto; el 11,1% (4 presidiarias) tienen un nivel, Medio; y otro 11.1% (4 presidiarias) también tienen Ansiedad Estado, Bajo. Referente a los niveles de Ansiedad Rasgo, se observa que, el 83,3% (30 presidiarias) tienen un nivel, Alto; el 8,3% (3 presidiarias) tienen un nivel, Medio; y otro 11.1% (3 presidiarias) también tienen Ansiedad Rasgo, Bajo.

La **Tabla 3**, presenta los resultados de la característica Nivel de Depresión en el grupo de estudio, observándose que, el 30,6% (11 presidiarias) no presentan depresión; el 22,2% (8 presidiarias) presentan Depresión Moderada Neurótica Media; el 22,2% (8 presidiarias) presentan Depresión Moderada Neurótica Alta, 19,4% (7 presidiarias) con Depresión Leve; y el 5,6% (2 presidiarias) registran Depresión Severa.

La **Tabla 4,** se observan los resultados de la variable Conductas de Riesgo Sexual y Conductas de Riesgo Reproductiva del grupo de internas involucradas en el estudio de investigación; al respeto se consigna que el 88,9% (32 presidiarias) tienen conductas de Riesgo Sexual Severo; así como, el 11,1% (4 presidiarias) tienen conductas de Riesgo Sexual Leve. Que, el 77,8% (28 presidiarias) tienen conductas de Riesgo Reproductiva Severo; y el 22,2% (8 presidiarias) tienen conductas de Riesgo Reproductiva Leve.

La **Tabla 5,** referente a la correlación entre Estado de Salud Mental (en sus dimensiones: Ansiedad y Depresión) y la variable Conductas Sexuales y Reproductivas; se arribaron a lo siguiente: que existe relación estadísticamente significativa entre Ansiedad Estado y Conductas de Riesgo Sexual (p-valor=0.013); también entre, Ansiedad Rasgo y Conductas de Riesgo Sexual (p-valor=0.014); del mismo modo, entre Depresión y Riesgo Reproductiva (p-valor=0.045). Asimismo, se observa que las relaciones entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo y Riesgo Reproductiva expresan una relación mediana, aunque no estadísticamente

significativa. Mientras que la relación entre Depresión y Riesgo Sexual (p-valor=0.164) es muy baja sin significancia estadística.

Respecto al estado de salud mental, encontramos que el 77.8% (n=28 presidiarias) padecen de un nivel alto de ansiedad estado, es decir, un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos , y el 83.3% (n=30presidiarias) padece un nivel alto de ansiedad rasgo, estas mujeres perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intenSIDAd, puesto que no encuentran actividades significativas dentro del contexto carcelario, de tal manera que no logran paliar los efectos de la ansiedad en sus vidas, sabiendo también que muchas de ellas aún tienen años de condena que cumplir. Resultados similares fueron encontrados por Andrade V (2016) quien reportó que 7 mujeres de su población padecían ansiedad fisiológica, las cuales presentaban taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, hiperventilación y mareos. En la subescala obsesivo compulsivo, en el nivel subclínico 16 mujeres son percibidas como obsesivas, orientadas hacia los detalles, conformistas y en algún grado rígidas en actitudes y conductas. Por otro lado, Ávila N (2015) concluyó que un poco más de la mitad 53% (15) internos recientes presentarón bastante más que lo habitual de trastornos de ansiedad-insomnio, pues las preocupaciones, el constante agobio, la tensión y el estrés que les invade al estar encerrados crea en ellos impotencia alterando su sistema nervioso. No en tanto, Aristizábal E, Ríos A, Del Pozo F (2016) encontraron resultados con ciertas diferencias, dado que, el 22.2 % se encontró Trastornos de Ansiedad con Ataques de Pánico caracterizados por episodios de agitación psicomotora, pensamiento anticipatorio, irritabilidad, frecuentes explosiones emocionales, temores infundados y conductas de evitación o aislamiento.

En cuanto a depresión, se obtuvo que el 44.4 % (n=16 presidiarias) padecen de depresión moderada, entre neurótica media y neurótica alta, y un escaso 5.6% (2 presidiarias) padece de depresión severa, estas mujeres presentan tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes y en su forma más grave, puede conducir al suicidio. Estos resultados fueron confirmados por la OMS, quienes mencionan que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres y es más común en los países en desarrollo, donde se

reporta un 80% de las enfermedades mentales, estos resultados difieren un poco a los obtenidos por Ávila N (2015) el cual concluyo que al estar encerrado en una cárcel, un 56% (16) internos que fueron aprisionados recientemente tuvieron eventos depresivos más de lo habitual, lo cual significa que un poco más de la mitad de ellos han recibido graves impactos en su estado de ánimo debido a su encierro. De igual manera Aristizábal E, Ríos A, Del Pozo F (2016) de acuerdo a su estudio pudo identificarse que el 50 % de internas tenían Trastornos Depresivos de considerable gravedad. Sintomatología como: humor disfórico, cansancio exagerado incluso tras esfuerzo mínimo, pérdida de confianza en sí misma y sentimientos de inferioridad. Ideas de culpa y de impotencia, perspectiva sombría del futuro, trastornos del apetito y de la conducta de sueño. En 16,6 % del total de entrevistadas, la depresión estuvo asociada con pensamientos recurrentes de muerte, ideación e intentos suicidas y esto debido al tiempo de reclusión que les faltaba, a obtención de beneficios o rebajas, al resquebrajamiento del proyecto vital y/o dificultades para reconstruir un nuevo proyecto, lo mismo que con nuestra población en estudio. Por otra parte, De Miguel E (2014) reportó que, más de la mitad de las presidiarias dijeron que la cárcel les había traído síntomas de depresión, y/o agobio y claustrofobia. Asimismo, una de cada diez manifestó haber intentado suicidarse en algún momento de su tiempo de encarcelamiento. Un estudio a nivel nacional realizado por Rivas R (2012) encontró resultados similares al nuestro dado que la mayor parte de su población, es decir, el 82% de las internas del Penal Huacariz de Cajamarca tienen su salud mental deteriorada por el trastorno depresivo (55% depresión mayor y 27% depresión menor). Este último estudio corrobora los resultados que obtuvimos por nuestra investigación, puesto que según la OMS, la población carcelaria es vulnerable gracias a cinco elementos que ocasionan efectos negativos en la salud mental de las personas que se encuentran en un contexto carcelario, entre las cuales están “el hacinamiento, las diferentes formas de violencia, la falta de privacidad, la falta de actividades significativas, y el aislamiento de redes sociales”.

Por otra parte, encontramos que el 88.9% (n=32 presidiarias) presenta severas conductas de riesgo sexual, lo cual corrobora lo encontrado por Garaycochea C, Pino R, Chávez I, Portilla L, Miraval L, Arguedas E, “et al”. (2013) quienes reportaron que en los establecimientos penitenciarios existen condiciones que favorecen la propagación de las ITS. Igualmente, Ribeiro F, De Souza F y “et al”(2016) reportaron que el 5,6% de las presidiarias relataron que su vida sexual sufrió cambios debido a la presencia de las ITS. Otro estudio realizado por Baca H, Chacaltana B, Roa Y; “et al”, reportó que más e la mitad de las presidiarias, es

decir el 85% tenían actividad sexual dentro del Establecimiento Penitenciario y no utilizaban protección para evitar las infecciones de trasmisión sexual, también se pudo observar que el 42,5% de las mujeres habían cursado con una infección vaginal en los últimos meses. Otro estudio realizado por Del Carmen M, Pino R, “et al” encontraron que de las 168 muestras de secreción endocervical, las infecciones por Chlamydia trachomatis fueron las más frecuentes dentro de las ITS, seguidas por otras infecciones de tipo oportunista como la Gardnerella vaginalis y la Trichomonas vaginalis con el 24,4 y 10,1% respectivamente. Por otro lado, el 20,2% de los estudios de PAP mostraron alteraciones citológicas. De las 180 muestras serológicas analizadas los casos positivos para VIH y sífilis fueron en ambos casos el 2,2% y para herpex simplex tipo 2 el 1,7%.

En cuanto a las conductas de riesgo reproductiva, encontramos que el 77.8% (n= 28 presidiarias) presenta severas conductas de riesgo reproductiva por sus antecedentes obstétricos antes de su ingreso al Establecimiento Penitenciario y que tras años de encarcelamiento han ido en aumento, resultados de otros estudios detallan porqué las conductas de riesgo reproductiva se incrementan en prisión, como los obtenidos por Do Carmo M, Da Silva B Y “Et al”,2016) encontraron que más de un tercio de las detenidas tuvieron cuatro o más gestaciones y el 20% tenían cinco hijos o más. Aproximadamente el 8% ya había tenido otro hijo durante el encarcelamiento anterior. Casi el 90% de las detenidas ya estaban embarazadas cuando fueron presas. Además, el 93% de las mujeres tuvieron acceso a la atención prenatal, pero sólo el 32% de ellas tuvieron la atención clasificada como adecuada o más adecuada. En cuanto al tipo del parto, el 65% fue por vía vaginal. Estos resultados y los nuestros explican cómo las presidiarias son proclives a adoptar altas conductas de riesgo reproductiva.

Finalmente, la tabla 5 nos muestra la relación que existe entre el estado de salud mental y las conductas de riesgo sexual y reproductiva, recordando que dicha relación se ha contrastado con el Coeficiente de Correlación Pearson y la hipótesis correspondiente con la distribución de probabilidad t-student; al respecto, y los resultados de las pruebas han conducido a determinar que existe relación significativa a un nivel de significancia del 5% (0,05) entre las variables y sus dimensiones contrastadas, en los cuales encontramos que Ansiedad Estado repercute significativamente en el Riesgo Sexual (p-valor=0.013), al igual que Ansiedad Rasgo y Riesgo Sexual (p-valor=0.014) y finalmente encontramos que la Depresión repercute significativamente en el Riesgo Reproductiva (p-valor=0.045);

comprobando así de manera favorable la hipótesis planteada al inicio de la investigación, por otro lado encontramos que no existe relación significativa entre la Ansiedad Estado y Riesgo Reproductiva (p-valor=0.084), al igual que Ansiedad Rasgo y Riesgo Reproductiva (p-valor=0.055), y la Depresión y Riesgo Sexual (p-valor=0.164) tampoco se relacionan, en general, no existen estudios con los cuales podamos contrastar los resultados obtenidos por nuestra investigación, puesto que es un estudio totalmente nuevo.

VI. CONCLUSIONES

1. Las mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo, el 50,0% pertenecen al grupo entre 35 a 50 años de edad; el 61,1%, son residentes de la provincia de San Martín, el 47,2% son de estado civil solteras; el 41,7% son Ama de Casa, el 19,4% están Sin Ocupación; el 58.3% tienen grado de instrucción secundaria. El 80,6% tienen ingreso familiar bajo; el 25,0% aún reciben el sostenimiento económico de los padres y el 38.9% no cuenta con un seguro de salud.

2. El estado de salud mental de las mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo, tienen un nivel ansiedad alta: el 77,8% tienen un nivel de ansiedad estado, Alto; el 83,3% tienen un nivel ansiedad rasgo alto. En la evaluación de la depresión: el 22,2% en igual porcentaje, presentan Depresión Moderada Neurótica Media y alta respectivamente.

3. Las mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo, el 88,9% tienen conductas de riesgo sexual severo (relaciones sexuales sin protección, relaciones sexuales con diferentes pareas, no tamizaje para VIH y sífilis, enfermedad de transmisión sexual sin tratamiento); el 77,8% tienen conductas de riesgo reproductivo severo (violencia, ingreso familiar bajo, periodo intergenésico corto, cesareadas anteriores, hijos con malformación congénita, muerte perinatal partos domiciliarios) .

4. El estado de salud mental de mayor repercusión a las conductas de riesgo sexual y reproductiva son:
   - Conductas de riesgo sexual: ansiedad como estado y conductas de riesgo sexuales.
   - Conductas de riesgo reproductiva: depresión y conductas de riesgo reproductiva.

5. El estado de salud mental repercute significativamente en las conductas de riesgo sexual y reproductiva en mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario Las Lomas de Sananguillo Región San Martín: Ansiedad Estado y Conductas de Riesgo Sexual (p-valor=0.013); Ansiedad Rasgo y Conductas de Riesgo Sexual (p-valor=0.014; y Depresión y Riesgo Reproductiva (p-valor=0.045). Estos resultados nos permiten aceptar la hipótesis de investigación.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de trabajo y promoción del empleo (sede Tarapoto) y al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables que se unan en un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional, con el propósito de afianzar la inserción laboral para las mujeres privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Zananguillo", que hayan cumplido su condena respectiva, a fin de reducir la marginalidad y readaptarlas en la sociedad; de este modo se reducirá el desempleo y podrán mejorar sus ingresos económicos.

2. A la Directora del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo", gestionar ante la Oficina del SIS el Seguro Integral de Salud (SIS) para las mujeres privadas de su libertad en dicho establecimiento.

3. A la Directora del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo", gestionar ante la Red de Servicios de Salud San Martín, profesionales de la salud que brinden charlas educativas y campañas de salud dentro del Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo", con la finalidad de realizar exámenes auxiliares para despistaje de cáncer de mamá, y exámenes de papanicolau de manera semestral. Además de providenciar la presencia de un profesional en psicología para brindar terapias sobre salud mental a todas aquellas mujeres que fueron diagnosticadas con ansiedad y depresión.

4. A la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, específicamente a la Facultad de Ciencias de la Salud la firma de un convenio con el Establecimiento Penitenciario "Las Lomas de Sananguillo", con el propósito de que los estudiantes de los diferentes cursos realizen sus actividades de responsabilidad social y de proyección social en salud sexual y reproductiva.

5. A la profesional responsable del curso de Obstetricia Comunitaria de la Escuela Profesional de Obstetricia, la participación de los estudiantes en talleres sobre estilos de vida saludable incentivando a las presidiarias a realizar ejercicio y mejorar su salud física y mental para paliar los efectos negativos del contexto carcelario.

6. A la profesional responsable del curso de Salud Sexual y Reproductiva II de la Escuela Profesional de Obstetricia, la participación de los estudiantes en talleres sobre Salud Sexual y Reproductiva, planificación familiar, métodos anticonceptivos, etc, con la finalidad de ayudar a las presidiarias a mejorar la calidad de vida de su salud sexual y reproductiva.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Salud mental: Un estado de bienestar [Internet] Ginebra; 2013 [Actualizado 2017; citado el 22 de Setiembre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

2. OMS. Promoción de la Salud Mental. Promoción de la Salud Mental [Internet]. Edición Única. : Ginebra; 2004. [Actualización 2004;citado el 22 de setiembre del 2017] .Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

3. OMS: Organización Mundial de la Salud. Depresión: Hablemos [Internet]. Ginebra; 2012 [Actualizado el 23 de febrero del 2017; citado el 22 de setiembre del 2017]. Disponible en: http://www.unmultimedia.org/radio/spanish/2017/02/oms-informa-sobre-la-prevalencia-de-la-depresion-en-el-mundo/#.Wiv0zUribIX

4. Robert K, Shekhar S, Itzhak L, Benedetto S. La brecha terapéutica en la atención de salud mental. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet].2004 [el citado 22 de Setiembre del 2017];82 (11):811-890 .Disponible en: http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/khon1104abstract/es/

5. OMS: Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: Dignidad y salud mental [Internet].Ginebra; 2015 [Actualizado el 2015; citado el 22 de setiembre del 2017]. OMS [Aprox.1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2015/world-mental-health-day/es/

6. Asiri Cuyay N, Díaz DC, Ramírez L. Trastorno mental en el Contexto Carcelario y Penitenciario. Salud Menta Comunitaria [Internet].Colombia; 2017 [31 de octubre del 2017]; 25 (143): 84. Disponible en : http://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/85/73

7. Instituto Nacional Penitenciario, Informe Estadístico Penitenciario 2017. Lima, Perú: Oficina de Planeamiento y Presupuesto; marzo 2017

8. CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja. Perú: las mujeres y su vida en las prisiones [Internet].Lima: CICR; 7 de marzo del 2015 [Actualizado el 2015; citado el 31 de octubre del 2017].CICR; [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: https://www.icrc.org/es/document/dia-internacional-de-la-mujerperu-las-mujeres-y-su-vida-en-las-prisiones

9. Baca-Neglia H, Chacaltana-Condori B, Roa-Meggo Y, Zegarra-Zamamé T, Bustamante Z. Salud sexual y reproductiva de las reclusas en cárceles peruanas. Perfil de las reclusas en cárceles de Lima-Perú. Rev. Peru. Obstet. Enferm. 2015; 11 (1): Sin página. Visitado: 23-12-2018. Diaponible en: file:///E:/descargas/742-2524-2-PB.pdf

10. OMS: Organización Mundial de la Salud. Las Mujeres y la Salud. Resumen Analítico. Ginebra : OMS;2009

11. Reforma Penal Internacional (PRI) y la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT). Mujeres privadas de libertad: una guía para el monitoreo con perspectiva de género. Ginebra: Reforma Penal Internacional; 2013

12. Garaycochea MC, Pino R, Chávez I, Portilla J L, Miraval M L, Arguedas E, "et al". Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un Establecimiento Penitenciario de Lima, Perú. RPMESP [Internet]. 2013 [consultado el 30 de octubre del 2017]; 30 (3): [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en : http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/277/2179

13. Andrade Ortiz V. Perfil sintomatológico de los trastornos de ansiedad y su relación con los determinantes psicosociales frecuentes en mujeres adultas privadas de libertad en la ciudad de Guayaquil". [Tesis de Pregrado]. Guayaquil – Ecuador. 2016. [Actualizado en 2016; Consultado el 31 de octubre del 2017]. Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/13181/1/TESIS.pdf

14. Ávila Murillo N; Cuadros Calixto M. Bienestar psicológico y salud general en internos con ingreso resiente a prisión, de una institución penitenciaria de mediana seguridad de la ciudad de Tunja. [Tesis]. Colombia: Asociación Latinoamericana De Psicología Jurídica y Forense; 2015.

15. Aristizábal ET, Ríos García AL, Pozo Serrano FJ. Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016). Salud Uniforme. [Internet]. Colombia; 2016 [consultado el 01 de noviembre del 2017]; 32 (2):256-267. Disponible en : http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n2/v32n2a08.pdf

16. De Miguel Calvo E. El encierro carcelario. Impacto en las emociones y los cuerpos de las mujeres presas. Cuaderno de Trabajo Social [Internet]. España; 2014 [consultado el 01 de noviembre del 2017]; 27(2): 395-404. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/43821/44556

17. Ribeiro Martins F, Souza Terra F, Valverde Marques S, Pinto Ribeiro R, Alves Santana A P, Araújo Pereira S. Perfil socioeconômico e saúde ginecológica de presidiárias. SANARE [Internet].Brasil; 2016 [consultado el 01 de noviembre del 2017]; 15 (02): 30-36. Disponible en: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1035/581

18. Do Carmo M, Da Silva B, Esteves-Pereyra A, Roma A, Larouse B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet].Brasil; 2016 [consultado el 01 de noviembre del 2017]; 21(7):2061-2070. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/630/63046188008.pdf

19. Rivas R.. Características sociodemográficas asociadas a la depresión en las internas del penal Huacariz de Cajamarca. Tendencias en psicología [Internet] Perú; 2012. [Consultado el 01 de noviembre del 2017]; 1(1): 40-46. Disponible en: http://revistas.upagu.edu.pe/index.php/TP/article/view/324/249

20. Del Carmen G. María; Pino. R; Chávez. I, "et al". Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un Establecimiento Penitenciario de Lima, Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet].Perú; 2013 [consultado el 01 de noviembre del 2017]; 30(3): 423-427. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300008&script=sci_arttext

21. Tapia Y. Conducta sexual asociada a lesión escamosa intraepitelial cervical en mujeres jóvenes del programa de cáncer del Hospital II-2 Tarapoto: Estudio De Casos Y Controles. Agosto 2015 – Agosto 2016. [Tesis Pregrado]. Tarapoto: UniverSIDAd Nacional de San Martín; 2017. Disponible en: http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/857/TP_MED_00015_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Altamirano S, García, Principales factores de riesgo para el cáncer cervico uterino y citología cervical uterina alterada (Pap – Ivaa), en mujeres atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016. [Tesis de Pregrado]. Tarapoto: UniverSIDAd Nacional de San Martín; 2017. Disponible en: http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2498/Tesis%20Final%20Sara%20y%20Magali.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Reyes Ticas A. Trastornos de ansiedad. Biblioteca Virtual en Salud [Internet]. Honduras; 2005. [Actualizado 2005; Consultado el 10 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf

24. Ayuso Murillo D, Colomer Sánchez A, Herrera Peco I. Ansiedad rasgo y ansiedad estado en enfermeras gestoras y clínicas de la Comunidad de Madrid. Metas. 2016; 19 (3): 21 – 26. Disponible en: file:///C:/Users/Hp%20Pavilion/Downloads/01originales3_193.pdf

25. Francis R, Castañeda Vázquez C, Campos Mesa MC, Del Castillo Andrés O. Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. ISNN.2012; 12 (2): 9-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf

26. Comité del Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín de la ANMM [Internet]. México; 2013 [consultado el 10 de noviembre]; 56 (4): 53-55. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf

27. Ministerio De Sanidad Y Consumo. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria [Internet]. 1.1. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2006. [Actualizado en 2008; Consultado el 16 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

28. OMS: Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales [Internet]. Ginebra; 2017. [Consultado el 16 de noviembre de 2017]. Disponible en : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/

29. OMS: Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra; 2017. [Consultado el 16 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

30. Bran Longo. Depresión neurótica: qué es, síntomas, causas y tratamiento [internet]: Psicología online; 22 de mayo del 2020. [Consultado el 18 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.psicologia-online.com/depresion-neurotica-que-es-sintomas-causas-y-tratamiento-5064.html

31. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión [Internet]. Estados Unidos; 2008. [Actualizado en 2009; Consultado el 18 de noviembre del 2017]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf

32. Profamilia. Guía temática en Salud Sexual y Salud Reproductiva para periodistas [Internet]. Colombia; 2015. [Actualizado el 2015; Consultado el 18 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/Guia%20tematica%20para%20periodistas.pdf

33. OMS: Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva [Internet]. Ginebra; 2017. [Actualizado el 2017; Consultado el 18 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/

34. Rigol O. Obstetricia y Ginecología. Primera Edición. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

35. Resolución Ministerial N° 647-2013/MINSA. Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral de Salud Materna. Ministerio de Salud [Internet].Perú; 2013. [Consultado el 18 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/normas-agrupadas/RM.827-2013-MINSA.pdf

36. Cigna. Comportamiento Sexual de Ato Riesgo. [Internet]. Estados Unidos; 2016. [Consultado el 18 de noviembre del 2017]. Disponible en: https://www.cigna.com/healthwellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/comportamiento-sexual-de-alto-riesgo-tw9064

37. Cigna. Infecciones de Transmisión Sexual. [Internet]. Estados Unidos; 2016. [Consultado el 20 de noviembre del 2017]. Disponible en: https://www.cigna.com/healthwellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/infecciones-de-transmision-sexual-stdis#hw102096

38. OMS: Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión Sexual [Internet]. Ginebra; 2016. [Consultado el 20 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/

39. OMS: Organización Mundial de la Salud. VIH/ SIDA [Internet]. Ginebra; 2017. [Consultado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/

40. Saeteros R, Piñero J, Sanabria G. Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. Revista Humana de Medicina. 2015; 15 (3): 421- 439. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300003

41. Puentes M, Magalhaes H, Suco K, Concepción A, Hernandez E. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres fértiles de San Juan y Martínez. Revista de Ciencias Médicas. 2019; 23(6): 942-948. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n6/1561-3194-rpr-23-06-842.pdf

42. OMS: Organización Mundial de la Salud. Salud mental en el lugar de trabajo [Internet]. Ginebra; 2017 [Actualizado octubre 2017; citado el 31 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

43. Dughera L, Ferpozzi H, Mura N, Segura A, Yansen G, Zukerfeld M. Cuestionario de Investigación Procesos Productivos de Software. [Internet]. Madrid: 2010. [Actualizado el 2010; Consultado el 27 de noviembre del 2017]. Disponible en: https://trabajoinformacional.files.wordpress.com/2011/01/dughera-ferpozzi-mura-segura-yansen-zukerfeld-cuestionario.pdf

44. Gonzáles Llaneza FM. Instrumentos de Evaluación Psicológica. 1. 1. La Habana-Cuba. Editorial Ciencias Médicas; 2007

45. Malo Chiclayo CC, Marín Chalán LB, Relación entre los factores de riesgo reproductiva y la infertilidad de las trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2016. [Tesis de Pregrado]. Trujillo: UniverSIDAd Antenor Onorio; 2016. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3029/1/RE_OBST_CECILIA.MALO_LOISLY.MARIN_FACTORES.DE.RIESGO_DATOS.PDF

46. Uribe Rodríguez A F. Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/ SIDA en adolescentes colombianos. [Tesis Pregrado]. Granada-España.2005. [Actualizado en 2005; Consultado el 27 de noviembre del 2017]. Disponible en: https://hera.ugr.es/tesisugr/15808920.pdf

IX. ANEXOS

Anexo 1:

Encuesta sociodemográfica.

El presente cuestionarios es para obtener información sobre sus datos sociodemográficos, es por ello que le pedimos que lea atentamente cada pregunta y responda con total sinceridad, si tiene alguna duda puede pedir ayuda al encuestador.

1. Edad:……..
2. Sexo:
   - Femenino…… ( )
   - Masculino…… ( )
3. Lugar de residencia
   Localidad……

4. Estado Civil:
   Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Divorciado/a- Separado/a ( ) Viudo/a ( )

5. Ocupación: .....…

6. Grado de estudios:
   a) Iletrada……( )
   b) Primaria……. ( )
   c) Secundaria……. ( )
   d) Superior…… ( )
   e) Superior no universitario ( )

7. Cantidad de hijos
   Cero 0 ( ) Uno 1( ) Dos 2( ) más de 2 ( )

8. Composición del Hogar:
   a) Unipersonal…… ( )
   b) Monoparental (con un sólo padre)……. ( )
   c) Horizontal (con amigos o hermanos)……. ( )
   d) Completo (padre-madre-hermanos)…… ( )
   e) Hogar familiar propio……. ( )
   f) Otro……. ( )

9. Composición del ingreso del hogar: (Rpta. múltiple por orden de importancia) poner número.

a) De salario …….
b) Trabajo por encargo…….
c) De jubilación/ pensión …….
d) De alquiler/ rentas ……..….
e) Asistencia estatal …….
f) Otro ……..……

10. Ingreso familiar:
Bajo (< 750)……. ( )
Medio (750 – 1500)…….. ( )
Alto (> 1500)…… ( )

11. Principal sostén económico del hogar entrevistado
a) Cónyuge
b) Ambos
c) Padre o madre
d) Otros

11. ¿Tiene alguna cobertura médica?
a) Sí
b) No

Anexo 2:

Inventario de Ansiedad Rasgo. Estado (IDARE)

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Fecha: _____

INSTRUCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que **indique cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Leyenda:

- No……..…1
- Un poco……..……2
- Bastante…….3
- Mucho……4

	NO	**UN POCO**	**BASTANTE**	**MUCHO**
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo. Estado)

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que **indique cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

Leyenda:
- Casi nunca……..…1
- Algunas veces……2
- Frecuentemente…….…….3
- Casi siempre……4

		Casi nunca	**Algunas veces**	**Frecuen-temente**	**Casi siempre**
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz				
25	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Me inclino a tomar las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad				
35	Me siento melancólico				
36	Estoy satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				

Anexo 3:

Autoescala de depresión de Zung y Conde.

Fecha _____ Edad ____Sexo____

Instrucciones: Debajo aparecen diversas situaciones que les ocurren a las personas. Lea cada una y responda con qué frecuencia esto le ocurre a usted.

Observe que a la derecha aparecen cuatro columnas encabezadas con la frecuencia en que estas situaciones pueden ocurrir. “Muy pocas veces o no me ocurre”; “algunas veces”; “muchas veces” o “siempre me ocurre” Para señalar su respuesta debe encerrar en un círculo el número que aparece en la misma fila de la situación que está analizando y debajo de la alternativa que usted escoja. Es decir, esta situación me ocurre a mí:

		“MUY POCAS VECES O NO ME OCURRE”	**“ALGUNAS VECES”;**	**“MUCHAS VECES”**	**“SIEMPRE ME OCURRE**
1	Me siento triste y deprimido	1	2	3	4
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	4	3	2	1
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar o a veces lloro	1	2	3	4
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches	1	2	3	4
5	Ahora tengo apetito como antes	4	3	2	1
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	4	3	2	1
7	Creo que estoy adelgazando	1	2	3	4
8	Estoy estreñido	1	2	3	4
9	Tengo palpitaciones	1	2	3	4
10	Me canso por cualquier cosa	1	2	3	4
11	Mi cabeza está despejada como siempre	4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13	Me siento agitado e intranquilo. puedo estar quieto	1	2	3	4
14	Tengo confianza o esperanza en el futuro	4	3	2	1
15	Me siento más irritable que habitualmente	1	2	3	4
16	Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17	Me creo útil y necesario a la gente	4	3	2	1
18	Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19	Sería mejor que muriera para los demás	1	2	3	4
20	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	4	3	2	1

Anexo 4:

Encuesta de conductas de riesgos reproductivas

La presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre algunos aspectos del comportamiento de las mujeres privadas de su libertad frente a conductas de riesgo reproductiva. Por tal razón, este cuestionario es de carácter anónimo. Le solicitamos responder individualmente. Por favor, siga las instrucciones que encuentre a lo largo del cuestionario. Gracias por su colaboración.

1. Marca con una "X" el hábito que práctica:

   Tabaquismo ( ) Alcohol ( ) Droga ( ) Ninguno ( )

2. Actualmente padece de violencia dentro del establecimiento :

   Si ( ) No ( )

3. ¿Qué tipo de violencia padeció o padece actualmente en el establecimiento?

   Sexual ( ) Físico ( ) Psicológico ( )

Sexual	**Físico**	**Psicológico**
✔ Besos no deseados ✔ Caricias no deseadas ✔ Sexo no deseado y violento ✔ Presionar a alguien para tener relaciones sexuales ✔ Usar insultos sexuales con alguien	✔ Golpes ✔ Empujones ✔ Lesiones con arma blanca ✔ Patadas ✔ Cachetadas ✔ Ahorcamiento	✔ Amenazas ✔ Chantajes ✔ Humillaciones ✔ Insultos ✔ Gritos ✔ Burlas ✔ Críticas negativas ✔ Desmoralización ✔ Indiferencia

4. ¿Cuál es el ingreso familiar mensual?

   Bajo (< 750)…….( )
   Medio (750 – 1500)…. ( )

Alto (> 1500)……( )

5. ¿Anteriormente le diagnosticaron esterilidad previa?

   Si ( ) No ( )

6. . Tiempo que ha transcurrido entre su último embarazo hasta la fecha actual:

   0 años ( ) 1 año ( ) 2 o + años ( )

7. ¿Cuántos hijos tiene?

   1 ( ) 2 a 5 ( ) 6 a más ( )

8. ¿Ha tenido algún aborto?

   Si ( ) No ( )

9. ¿Ha tenido algún hijo que haya nacido muerto después de los 5 meses de gestación?

   SI ( ) NO ( ) NO SÉ ( )

10. ¿Ha tenido algún Hijo que haya nacido antes de los 8 meses de gestación?

    SI ( ) NO ( )

11. ¿Alguno de sus partos ha sido por Cesárea? SI ( ) NO ( )

    Si su respuesta es SÍ, cuántas veces? _____

12. ¿Tiene algún hijo que nació con malformación congénita?

    Si ( ) No ( )

13. ¿Durante alguna de sus gestaciones anteriores le diagnosticaron alguna enfermedad? Si la respuesta fue afirmativa mencione la enfermedad:

    Si ( )…… No ( )

14. ¿Durante algunos de sus embarazos le han detectado presión arterial elevada?

    SÍ ( ) NO ( ) NO SÉ ( )

15. ¿Durante sus gestaciones anteriores recibió la vacuna antitetánica?

Si ( ) No ( )

16. ¿En su última gestación le hicieron el examen para descartar VIH y Sífilis?

Si ( ) No ( )

17. De todos sus hijos que nacieron vivos, ¿alguno murió en la primera semana de vida? Si la respuesta fue afirmativa mencione la causa.

Si ( ) ……. No ( )

18. ¿Alguno de sus partos fue en casa?

Si ( ) No ( )

19. ¿Ha tenido Hemorragia después de alguno de sus partos?

SI ( ) NO ( )

20. ¿Ha convulsionado después de alguno de sus partos?

Si ( ) No ( )

21. ¿Alguna vez le diagnosticaron alguna Infecciones de transmisión sexual?

SI ( ) NO ( )

22. ¿Señale cuál de esto métodos anticonceptivos previene las infecciones de transmisión sexual?

Pastillas ( ) Ampollas ( ) Condones ( ) Otro _____

23. ¿Alguna vez ha sufrido de flujos vaginales?

SI ( ) NO ( )

24. ¿De qué color fue su flujo?

Amarillento ( ) Amarillo verdoso ( ) Blanco ( ) Verde ( ) Otro color _____

25. ¿Después de terminar con su tratamiento para la Infección de Transmisión Sexual se detuvo el flujo?

Totalmente ( ) Parcialmente ( ) No se curó ( )

26. Marque con una “X” en la columna que corresponda la enfermedad que padece actualmente:

Enfermedad	Si	No
- Hipertensión arterial		
- Enfermedad cardiaca o renal		
- Endocrinopatías		
- Epilepsias		
- Enfermedad respiratoria crónica		
- Enfermedades hematológicas o hepáticas		
- Diabetes		
- Neoplasia(cáncer)		
- TBC pulmonar		

Anexo 5.

CCVSA. Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (Ministerio de Salud de Colombia, 1997)

La presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre algunos aspectos del comportamiento de las mujeres privadas de su libertad frente al ejercicio de su sexualidad. Por tal razón, este cuestionario es de carácter anónimo. Le solicitamos responder individualmente según lo que usted hace y según lo que desearía hacer. Por favor, siga las instrucciones que encuentre a lo largo del cuestionario. Gracias por su colaboración.

1. ¿Qué tipo de relaciones sexuales practica?

a) Del pene en la vagina? Si ____ No ____

b) Del pene en la boca? Si ____ No ____

c) Del pene en el ano? Si ____ No ____

2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? (en las casillas escriba el número de años):

A los _____ años

3. ¿En esa primera relación sexual usted o su pareja uso condón?

Sí _____ No_____

4. ¿Durante su estancia en el establecimiento ¿ Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?

En los últimos 6 meses _____ En los últimos 12 meses _____ No tuvo relaciones sexuales _____

5. ¿En esas relaciones sexuales usted o su pareja ha usado condón?

Todas las veces _____ Algunas veces ____ Ninguna vez ____

6.¿Esas relaciones sexuales fueron deseadas?

Todas las veces _____ Algunas veces ____ Ninguna vez ____

7. ¿Actualmente siente deseos de tener relaciones sexuales?

Si _____ No____ A veces ____

8. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? (Marque una sola respuesta).

a. Solo con la misma persona ……

b. Con más de una persona ……¿Cuántas?.....

9. ¿En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales han sido? (marque una sola respuesta).

a. Solo con persona (s) de SU MISMO sexo_____

b. Sólo con persona (s) del OTRO sexo_____

c. Con persona (s) de AMBOS sexos_____

10. ¿Usted o su pareja usó condón en su última relación sexual con penetración?

Si _____ No_____ **Si respondió NO, pase a la pregunta 12**

11. ¿Por qué no uso condón en esa relación? (marque una o más opciones).

a. Porque a usted o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo

b. Porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo.

c. Porque le resultó difícil hablar del uso del condón

d. Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación

e. Porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona

f. Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas

g. Porque era difícil conseguirlo en ese momento

h. Por el afán del momento

i. Porque no sabe usar el condón.

12. Cuando usted tuvo relaciones sexuales dentro del establecimiento. ¿Lo hizo bajo el efecto del alguna de las siguientes sustancias? (Responsa SI o NO para cada una de las posibilidades).

a. Licor Si _____ No_____

b. Cocaína Si _____ No_____

c. Marihuana Si _____ No_____

d. Crack Si _____ No_____

e. Tranquilizantes Si _____ No_____

f. Pastillas alucinógenas Si _____ No_____

g. Heroína Si _____ No_____

h. Terocal o inhalantes Si _____ No_____

i. Otros_____

13. ¿En los últimos 12 meses qué cosas ha hecho usted para prevenir la infección del virus que causa el SIDA? (responda SI o NO para cada una de las posibilidades)

a. Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona. Si __ No__

b. Usar condón. Si __ No__

c. La abstinencia sexual. Si __ No__

d. Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relacione sexuales sobre el uso de medidas de protección. Si __ No__

14. ¿Durante los últimos 12 meses se ha practicado la prueba rápida del VIH - SIDA?

Si __ No__ **Si respondió NO pase a la pregunta 16**

15. ¿Recibió orientación previa para hacerse el examen?

Si __ No__

16. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna enfermedad de Transmisión Sexual como Gonorrea, Sífilis, Condilomas, Herpes Genital, etc.? **Si respondió NO , terminó la encuesta?**

Si ____ Especifique _____No____

17. ¿Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de transmisión sexual? (puede marcar una o más opciones)

a. Nada

c. Consultó a un médico (profesional de la salud)

d. Consultó a un amigo, vecino o conocido

e. Se autorecetó o formuló.

Anexo 6:

MECANISMO DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS DE SIGNIFICANCIA DEL ÍNDICE DE CORRELACIÓN DE PEARSON

Mide la relación (correlación) entre dos variables cuantitativas y su significancia estadística.

1.- HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

H_0: $\rho = 0$ El **Estado de Salud Mental** no se relaciona significativamente con las **Conductas Sexuales y Reproductivas**.

H_1: $\rho \neq 0$ El **Estado de Salud Mental** se relaciona significativamente con las **Conductas Sexuales y Reproductivas**.

Donde:

ρ: Es el grado de correlación que existe entre el **Estado de Salud Mental** y las **Conductas Sexuales y Reproductivas**.

2.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA

Se estableció un nivel de confianza para la investigación del 95%, es decir un Nivel de Significancia (error de Tipo I) del 5% (⟨ = 0,05).

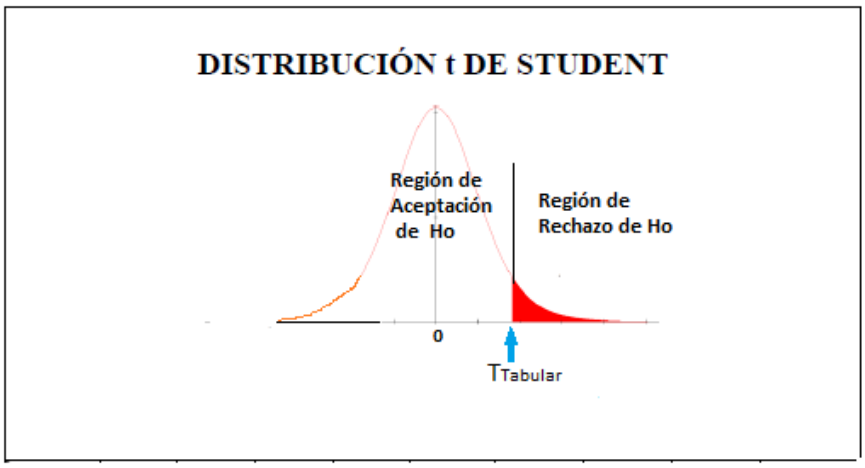
3.- ESTADÍSTICA DE PRUEBA

La Hipótesis Estadística es contrastada mediante el estadístico de prueba correspondiente a la distribución t – Student:

$$T_{Exp} = r\sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}}$$

donde ***r*** es el Coeficiente de Correlación de Pearson y ***n*** el tamaño de la muestra.

4.- REGIÓN CRÍTICA



5.- DECISIÓN

Si $T_C < T_T$ ó $T_C > T_T$ entonces de rechaza H_0, de lo contrario se acepta H_0.

Universidad Nacional de San Martín

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela profesional de Obstetricia

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Quien suscribe, Obsta. Dra Lolita Grivalo F. con DNI 01041380 de profesión Obstetra con grado académico de Doctor mediante la presente hace constar que las técnicas e instrumentos para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado:

"Repercusiones De La Salud Mental En Las Conductas De Riesgo Sexuales Y Reproductivas En Mujeres Privadas De Su Libertad Del Establecimiento Penitenciario Las Lomas De Zananguillo. Agosto A Diciembre 2018" realizado por: Est. BLANCA ELENA JIMENEZ LINARES; titular del presente, participante en el CONCURSO DE PROYECTO DE TESIS DE PREGRADO financiado por UNSM-T, Periodo 2018 reúnen los requisitos suficientes, necesarios para ser válidos y son aptos para alcanzar los objetivos que se plantean en la investigación.

Atentamente;

Firma:

Obsta. Lolita Grivalo Fernando.

Universidad Nacional de San Martín

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela profesional de Obstetricia

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Quien suscribe,.....con DNI.....de profesión....., con grado académico de .....mediante la presente hace constar que las técnicas e instrumentos para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado:

"Repercusiones De La Salud Mental En Las Conductas De Riesgo Sexuales Y Reproductivas En Mujeres Privadas De Su Libertad Del Establecimiento Penitenciario Las Lomas De Zananguillo. Agosto A Diciembre 2018"realizado por: Est. BLANCA ELENA JIMENEZ LINARES; titular del presente, participante en el CONCURSO DE PROYECTO DE TESIS DE PREGRADO financiado por UNSM-T, Periodo 2018 reúnen los requisitos suficientes, necesarios para ser válidos y son aptos para alcanzar los objetivos que se plantean en la investigación.

Atentamente;

Firma:

Obsta. .....