

Estudio de síntomas depresivos mediante la Escala de autoaplicación de Zung en varones privados de la libertad de una ciudad de Colombia

C Vélez- Álvarez¹, C Barrera-Valencia², AV Benito-Devia³,
M Figueroa-Barrera⁴, SM Franco-Idarraga⁵

1. Universidad de Caldas, Departamento de Salud Pública
 2. Universidad de Caldas. Telesalud
 3. IPS Creimed S.A.S.
 4. Universidad de Caldas. Departamento de Salud Mental
 5. Universidad de Caldas. Departamento de Salud Pública
-

RESUMEN:

Objetivo: Screening de los síntomas depresivos en varones privados de la libertad de un centro penitenciario en una ciudad intermedia colombiana.

Material y método: Estudio descriptivo trasversal realizado en reclusos del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Mediana Seguridad de la Ciudad de Manizales en abril y mayo del 2014. Se utilizó la escala de autoaplicación de Zung para la Depresión (SDS), posteriormente se estableció los positivos al cribaje para depresión acorde a la puntuación final de la escala.

Resultados: Se autoevaluaron 303 reclusos, todos varones, con edad media de 33 años (DS +/- 10,8 años. El 38,6% (IC 95%: 35,8; 41,4) reportaban síntomas de depresión, que predominaba en los de 18-44 años de edad.: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los síntomas depresivos y otras variables analizadas.

Conclusiones: La prevalencia de síntomas depresivos observada es alta y justifica el screening en este tipo de población. Aunque la entrevista clínica individualizada es el mejor método de cribaje, su utilización precisa de mucho tiempo y grandes recursos humanos. Estos inconvenientes, pueden paliarse con el uso de métodos fáciles y económicos como la escala empleada en este trabajo.

Palabras clave: Prisiones; Trastornos Mentales; Depresión; Cribado; Prevalencia; Colombia; Estudios Transversales; Usos Terapéuticos

STUDY OF DEPRESSIVE SYMPTOMS BY SELF-APPLICATION OF ZUNG SCALE PRIVATE MEN OF FREEDOM OF A CITY OF COLOMBIA

ABSTRACT:

Objective: To assess depressive symptoms in men deprived from freedom in a prison in a Colombian intermediate city. **Material and Method:** A cross sectional study was performed on a sample of three hundred and three patients in the Medium Security penitentiary and Prison Facility of the city of Manizales between April and May 2014. The information was collected through the Zung self-rating depression scale (SDS), subsequently there were established the positive results for depression screening according to the final score of the scale. **Results:** 303 men deprived from freedom were evaluated, mean age of 32.96 years +/- 10.8 years, 43.5% were living in cohabitation, 38% were single and 10.2% married; 33.7% had a primary education, 58% had secondary or incomplete secondary education, 5.6% reported higher studies; 38.6% (95% CI: 35.8; 41.4) reported symptoms of depression, predominating in ages between 18 to 44 years, no statistically significant differences $p > 0.05$ between the variables analyzed were found. **Conclusions:** The results of this study give rise to clinical

evaluation, by specialized staff in the area of psychiatry and his intervention, given the characteristics of self-reported depression for this population.

Keywords: Prisons; Mental Disorders; Depression; Screening; Prevalence; Colombia; Cross-Sectional Studies; Therapeutic uses

Texto recibido: 16/02/2015

Texto aceptado: 24/11/2015

INTRODUCCIÓN

El 25% de las personas han presentado algún trastorno mental y según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de las enfermedades mentales será del 15% en 2020 en la población mundial¹. De acuerdo con las estadísticas del Bureau de Justicia de USA, los problemas mentales más comunes en los pacientes internados se relacionan con el trastorno depresivo mayor y la manía. Para otras patologías, como la ideación suicida, la prevalencia estimada está entre de 6% y 50%; los síntomas de trastornos psicóticos como alucinaciones y delirios se estiman entre el 5 y el 18% de los internados con enfermedad mental. En un estudio reciente de prevalencia realizado en 5 prisiones del nordeste de Estados Unidos², la tasa de enfermedad mental moderada/grave fue de 14.5% para hombres y del 31% para mujeres. En el 2001 se reportó que sólo el 33% de los presos con problemas mentales reciben tratamiento después de su ingreso². En la misma línea, el trabajo realizado por Birmingham et al³ plantea que sólo uno de cada cuatro casos de enfermedad mental grave se logró detectar al ingreso en la prisión. Por otra parte, las personas con enfermedad mental tienen particulares dificultades con estresores tales como el confinamiento, las rutinas altamente restrictivas, las largas horas de confinamiento y el aislamiento⁴. Algunos comportamientos pueden estar asociados a trastornos mentales, pero no son detectados porque los profesionales, generalmente de custodia, tienen escasa formación y pocos recursos para atender estos trastornos de manera individual⁴. NO es infrecuente, finalmente, que ante la ausencia de un adecuado tratamiento los internos mantengan comportamientos inadecuados, se incrementen los problemas psicológicos no tratados, aumenten la sintomatología y se generen problemas de índole disciplinario⁵.

En Colombia la salud mental ha sido históricamente relegada y solo ahora se ha reconocido el impacto que está generando en la sociedad. Se estima que 8 de cada 20 personas ha presentado o presentará algún tipo de trastorno mental en algún momento de su vida⁶ y de éstos sólo el 14% será tratado. Esta situación se debe en gran medida al retraso de más de

20 años en las políticas de Salud Mental. Colombia cuenta ahora con una nueva ley de salud mental (1616 de enero de 2013) donde se garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud mental eliminando las barreras de acceso y donde se hace referencia especial (artículo 4) a la adopción de programas de atención en Salud Mental de los centros privativos de libertad. El **objetivo** de este trabajo es estudiar la presencia o no de síntomas depresivos en varones privados de la libertad de una ciudad de Colombia utilizando como apoyo la Escala de autoaplicación de Zung

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Muestra: 303 reclusos que previo consentimiento informado accedieron a participar de los 1.128 varones internados entre mayo y julio de 2014.

Criterios de inclusión: Varones mayores de 18 años que tras asistir a una conferencia sobre la depresión accedieron voluntariamente a cumplimentar la escala de autoevaluación y participar en el estudio.

Instrumentos: Se utilizó la escala de autoaplicación de Zung para la depresión (1965)⁷, que es una encuesta corta de autoevaluación que consta de 20 preguntas donde se exploran síntomas relacionados con episodios depresivos (estado de ánimo dos ítem y síntomas cognoscitivos y somáticos cada uno con 8 ítem y dos síntomas psicomotores); hay diez preguntas elaboradas en forma positiva y otras diez elaboradas en forma negativa. Cada pregunta utiliza una escala de Likert de cuatro puntos, con cuatro opciones de respuesta que van desde: 1 (muy pocas veces, muy poco tiempo, raramente. 2 algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando. 3 gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente. 4 casi siempre, casi todo el tiempo, la mayoría de veces); la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de depresión: < 50 puntos para personas que se encuentran en un rango normal, es decir, sin depresión; 50-59 puntos para personas que experimentan depresión leve; 60-69 puntos para personas que experimentan depresión moderada y > 70 puntos para personas que experimentan depresión grave.

Tabla 1. Síntomas depresivos de los reclusos.

Característica	Poco Tiempo		Algo del tiempo		Una buena parte del tiempo		La mayor parte del tiempo		Sin Respuesta	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1. Me siento decaído y triste.	90	30	78	25,7	47	15,5	88	29		
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	95	31,4	69	22,8	48	15,8	85	28,1	6	2,0
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	146	48,2	59	19,5	38	12,5	48	15,8	12	4,0
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	98	32,3	44	14,5	44	14,5	115	38	2,	0,7
5. Como la misma cantidad de siempre.	106	35	54	17,8	32	10,6	98	32,3	13	4,3
6. Todavía disfruto el sexo.	85	28,1	31	10,2	24	7,9	158	52,1	5	1,7
7. He notado que estoy perdiendo peso.	133	43,9	43	14,2	43	14,2	77	25,4	7	2,3
8. Tengo problemas de estreñimiento.	173	57,1	44	14,5	33	10,9	43	14,2	10	3,3
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	144	47,5	72	23,8	39	12,9	42	13,9	6	2
10. Me canso sin razón alguna	127	41,9	56	18,5	43	14,2	69	22,8	8	2,6
11. Mi mente está tan clara como siempre.	88	29	65	21,5	56	18,5	87	28,7	7	2,3
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	100	33	64	21,1	40	13,2	96	31,7	3	1,0
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	95	31,4	60	19,8	37	12,2	106	35	5	1,7
14. Siento esperanza en el futuro.	52	17,2	36	11,9	39	12,9	172	56,8	4	1,3
15. Estoy más irritable de lo normal.	123	40,6	68	22,4	42	13,9	61	20,1	9	3
16. Me es fácil tomar decisiones.	58	19,1	74	24,4	50	16,5	116	38,3	5	1,7
17. Siento que soy útil y me necesitan.	40	13,2	38	12,5	50	16,5	171	56,1	4	1,3
18. Mi vida es bastante plena.	76	25,1	59	19,5	50	16,5	108	36	9	3
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	189	62,4	36	11,9	22	7,3	44	14,5	12	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	139	45,9	57	18,8	23	7,6	82	27,1	2	0,7

Fuente: Elaboración propia.

En la escala de depresión de Zung el tiempo de los síntomas no está manifiestamente determinado, pregunta por frecuencia de los síntomas o por su momento actual, el test permite identificar síntomas de depresión, pero no la intensidad de estos. Así lo corroboran algunos estudios, el nivel de sintomatología de depresión que experimentan las personas en un momento dado⁸⁻⁹.

Estadística: los datos fueron procesados en el programa informático SPSS-15.0, se realizó de manera inicial un análisis estadístico con alcance descriptivo. Se calculó el intervalo de confianza de la prevalencia estimada del problema al 95%. Se realizó análisis bivariado acorde a la naturaleza de las variables estudiadas.

RESULTADOS

Se autoevaluaron 303 presos varones, de 33 años de edad media (DS: +/- 10,8 años, rango: 18-65 años). El

43,5% vivían en pareja, el 38% eran solteros, el 10,2% casados, el 6,9% separados y el 1,4% reportaron ser viudos. En cuanto al nivel educativo, el 33,7% había cursado estudios primarios, el 58% estudios secundarios, completos o incompletos y el 5,6% estudios superiores. Con relación al lugar de residencia el 47,5% residía en la ciudad donde se realizó el estudio y el resto en otras ciudades de Colombia. El 74,3% de los participantes estaban cubiertos en salud por la entidad promotora de Salud para centros penitenciarios de Colombia. En el momento del estudio el 1,7% se encontraban en algún tipo de tratamiento farmacológico.

El 38,6% (IC 95%: 35,8; 41,4) presentaban síntomas de depresión. De ellos, 2,6% de depresión grave, 8,6% de depresión moderada y 27,4% de depresión leve. En la tabla 1 se presentan los síntomas depresivos identificados. En cuanto a los síntomas negativos, el 44,5% manifestó estar decaído y triste; el 52,5% que tenía problemas para dormir y el 47,2% que estaba agitado o inquieto. Se comprobó que había síntomas como sentirse útil y necesario en más de 72% de los

participantes. En la tabla 2 puede observarse que el mayor porcentaje de depresión ocurría en la franja de edad de 18-44 años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la aparición de síntomas depresivos y otras variables analizadas.

Tabla 2. Edad Vs Depresión

Edad	Clasificación		Total
	Con depresión	Sin depresión	
18-44 años	99	157	256
	38,7%	61,3%	100%
45 y más	18	29	47
	38,3%	61,7%	100%
Total	117	186	303
	38,6%	61,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Respecto a la prevalencia de depresión en personas privadas de la libertad, en Colombia hay pocos estudios realizados. En el de Uribe Rodríguez et al¹⁰, la muestra comprendió 112 internos con un promedio de edad de 33 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER), donde los registros de manifestaciones depresivas revelaron que el 16,7% la calificó como estado y el 43,68% como rasgo¹⁰.

En nuestro estudio la prevalencia observada ha sido alta, concretamente del 38,6%, pero esta cifra es similar a la reportada por Mojica, que observó depresión entre moderada y grave en el 39,1%¹¹. Nuestra prevalencia también supera la observada en el estudio Nacional de Salud Mental que reporta una prevalencia de trastorno depresivo mayor en el 12,1% de la población estudiada¹², a la citada en el estudio realizado en los países occidentales, que reportó que 10% de los reclusos tenían depresión¹³, y a la estimada para la población general en las investigaciones de Kessler et al¹⁴, que señalan una prevalencia de depresión a lo largo de la vida del 16% y en los últimos 12 meses de vida del 6,6%.

En un estudio efectuado por Leal Maleos y Solís Salazar, en Alajuela, Costa Rica, utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage la prevalencia fue de 20,2%¹⁵. En nuestro estudio hemos utilizado la escala de autoaplicación de Zung, que no asegura por sí sola el diagnóstico de depresión y debe correlacionarse con la valoración clínica. El test es de cuantificación de síntomas y permite identificar sólo el nivel de

sintomatología depresiva. Zung la creó para evaluar el nivel de depresión en pacientes ya diagnosticados de depresión y con objeto de valorar el grado de depresión del paciente. Posteriormente, esta escala se ha utilizado como instrumento de cribaje demostrando su utilidad. La evidencia de su utilidad es mundial, en culturas como la japonesa¹⁶, peruana¹⁷, y la griega¹⁸; en Colombia esta prueba ha sido utilizada en varios estudios¹⁹⁻²¹ y ha tenido validaciones con población universitaria²² y con población general en Bucaramanga²³, incluso con población adolescente colombiana²⁴⁻²⁵. Debe reconocerse las limitantes que presenta la escala tales como la de tener un fuerte componente somático con ocho ítems, lo cual genera dificultades de discriminación en personas con patología física cuestionamiento que resaltan Seitz y Franco²⁶⁻²⁷. En el mismo sentido debe tenerse en cuenta que la depresión es un síndrome, una constelación de síntomas y signos de diversa presentación y su aparición depende de múltiples factores: genéticos, ambientales, endocrinos, inflamatorios, etc., Además, y como ha planteado Arroyo²⁸, las patologías psiquiátricas entre ellas la depresión en el medio penitenciario, se multiplican hasta por 4 con respecto a la población general. De hecho, la situación de confinamiento puede ser causa o desencadenante de sintomatología depresiva, como han planteado Metzger et al⁴. En el mismo sentido, Singleton, referenciado por Shaw y Humber, encontró que 1 de cada 7 presos presentaba también enfermedad psicótica²⁹.

Es necesario reconocer que los privados de libertad no solo tienen problemas de salud mental y adicciones, también tienen problemas con la vivienda o la falta de ella, con la pobreza en la que han vivido y vive a menudo su familia, con las dificultades de relación y habilidades cotidianas³⁰, todo lo cual favorece o contamina la autoapreciación sobre los diferentes ítem de la escala de Zung.

De acuerdo con el documento de caracterización de la población privada de libertad elaborado por el INPEC en el 2011, la tasa de suicidio para la población penitenciaria es de 30 internos por 100.000; lo que equivale a 11% de las muertes de los últimos 10 años con un promedio de 16 suicidios anuales³¹. Shaw y Humber informan que las tasas de autolesiones son más altas en los presos y la tasa de suicidios en la cárcel es también 12 veces más alta que en la comunidad²⁹. Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario hacer hincapié en la enfermedad depresiva como factor relevante del riesgo suicida. El 38,6% de cribaje para la depresión observado en nuestro puede ser considerado como un dato predictivo de riesgo para otras conductas, auto o heteroagresivas. En el mismo

documento se reportó que 19,6% de los condenados mencionó haber tenido pensamientos suicidas desde su detención⁵, lo cual es comparable con el 13,7% que respondió que la mayor parte del tiempo “siento que los demás estarían mejor si yo muriera”. Este tipo de trabajos resulta relevante en la medida en que permite conocer de manera rápida la problemática de depresión en esta población y brinda elementos para la toma de decisiones oportunas para evitar resultados funestos. Diferentes estudios reportan que la edad, puede ser considerada un factor generador de estrés en la población carcelaria³²⁻³⁴. Entre los participantes en el estudio se observó mayor porcentaje de depresión en el rango de los 18 y 44 años de edad, tal vez por ser un periodo de edad con grandes necesidades (familiares, laborales, sociales, etc) y de mayor vulnerabilidad.

Finalmente, este trabajo presenta algunas limitaciones. Una, que la muestra analizada fue la que decidió participar voluntariamente y por consiguiente no está claro que sea representativa de toda la población penitenciaria al no haberse utilizado técnicas probabilísticas para la selección de la misma. Sin embargo es necesario tener en cuenta que se parte del auto reconocimiento de los síntomas. Por otra parte, se trata de un estudio no multicéntrico lo que puede limitar la fiabilidad de los resultados obtenidos.

En conclusión, el 36,8% de los internos reportaron sintomatología depresiva, la cual es una prevalencia alta, mayor que la reportada para la población general en las investigaciones de otros autores en el contexto internacional y nacional. Estos datos justifican la necesidad de continuar trabajando con la población carcelaria y utilizar pruebas de *screening* que minimicen costes y recursos humanos.

FINANCIACIÓN

Trabajo financiado por Colciencias en el marco del proyecto “Efectividad de un modelo de telepsiquiatría sincrónico vs. asincrónico sobre la salud mental de pacientes internados en un centro de privación de la libertad”.

CORRESPONDENCIA

Consuelo Vélez Alvarez
E-mail: consuelo.velez@ucaldas.edu.co
Universidad de Caldas- Facultad de ciencias para la Salud.
Manizales – Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de política. Informe compendiado [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. [citado 2015 En 22]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
2. Beck AJ, Maruschak LM. Mental health treatment in state prisons, 2000 BJS [Internet]. 2001 Jul [cited 2012 apr 5]; [about 8 p]. Available from: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=788>
3. Birmingham L, Mason D, Grubin D. Prevalence of mental disorder in remand prisoners. consecutive case study. *BMJ* 1996; 313(7071): 1521-4.
4. Metzner JL, Fellner J. Solitary confinement and mental illness in U.S. prisons: a challenge for medical ethics. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2010; 38(1): 104-8.
5. Miller HA, Young G. Prison segregation: Administrative remedy or mental health problem? *Criminal Behaviour & Mental Health*. 1997; (7): 85-94.
6. Arango CA, Rojas JC, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2008; 37 (4):538-63.
7. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; (12): 63-70.
8. Passik SD, Lundberg JC, Rosenfeld B, Kirsh KL, Donaghy K, Theobald D, et al. Factor analysis of the Zung self-rating depression scale in a large ambulatory oncology sample. *Psychosomatics*. 2000; 41: 121-7.
9. Biggs JT, Wylie CT, Ziegler V. Validity of the Zung Self-rating Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1978; 132: 381-5.
10. Uribe AF, Martínez M, López KA. Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al “Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario” en Bucaramanga, Colombia. *D. Criminología*. 2012; 54 (2): 47-60.
11. Mojica C, Sáenz D, Rey-Anacona CA. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2009; 38 (4): 681-92.
12. Posada JA, Aguilar SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del estudio nacional de salud mental Colombia 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2004; 33(3): 241-62.

13. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002; 359(9306): 545-50.
14. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6: 168-76.
15. Leal M, Salazar R. Prevalencia de depresión en la población privada de libertad del centro de atención institucional adulto mayor del Ministerio de Justicia. San José. *Revista Costarricense de salud pública*. 2004; 13 (25): 55-9.
16. Chida F, Okayama A, Nishi N, Sakai A. Factor analysis of Zung Scale scores in a Japanese general population. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004; 58(4): 420-6.
17. Perales A, Sogi C, Morales R. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Revista Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 2003; 64 (4): 239-46.
18. Fountoulakis K, Iacovides A, Samolis S, Kleanthous S, Kaprinis S, Kaprinis G, et al. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating Scale. *BMC Psychiatry*. 2001; 1: 6.
19. Gómez RC, Rodríguez MN. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1997 XXVI, (1): 23-35.
20. Kliwer W, Murrelle L, Mejía R, Torres Y, Angold A. Exposure to violence against a family member and internalizing symptoms in Colombian adolescents: The protective effects of family support. *J Consult Clin Psychol*. 2001; 69(6): 971-82.
21. Torres Y, Posada J. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia, 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
22. Díaz LA, Campo A, Rueda GE, Barros JA. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colomb Med*. 2005; 36: 168-72.
23. Campo A, Díaz LA, Rueda GE. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*. 2006; 26: 415-23.
24. Cogollo Z, Díaz C, Campo A. Exploration of construct validity of the Zung's self-rating depression scale among adolescent students. *Colombia Médica*. 2006; 37(2): 102-6.
25. Lezama ZR. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychologia. Avances de la Disciplina*. 2012; 6(1), 91-101.
26. Seitz FC. Five psychological measures of neurotic depression: a correlation study. *Journal of Clinical Psychology*. 1970; 26(4): 504-5.
27. Franco MD, Antequera R, Sanmartín A. Problemas de evaluación en trastornos del humor. En: Roca M. ed. *Trastornos del humor*. Madrid: Ed Médica Panamericana; 1999. p. 298-301.
28. Arroyo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario. El caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2011; 13 (3): 100-10.
29. Shaw J, Humber N. Prison mental health services. *Psychiatry*, 2004; 3(11): 21-4.
30. Fraser A, Gatherer A, Hayton P. Mental health in prisons: great difficulties but are there opportunities? *Public Health*. 2009; 123(6): 410-4.
31. Ministerio del Interior y de Justicia, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Caracterización y perfilación de la población condenada. Bogotá: INPEC; 2011. p. 1-132.
32. Vicens C. Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2006; 8: 95-9.
33. Ruiz J. Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: Un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*. 2002; (11): 99-114.
34. Loeb SJ, Steffensmeier D, Myco PM. In their own words: older male prisoners' health beliefs and concerns for the future. *Geriatric Nursing*. 2007; 28(5): 319-29.