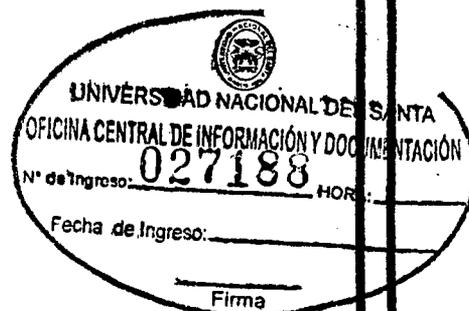




UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



“Perfil epidemiológico de las personas privadas de libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 - 2011”

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

**BETANCOURT SARMIENTO, Johana del Pilar
MÉNDEZ TELLO, José Francisco**

ASESOR:

Dr. PONCE LOZA, Juan Miguel

NUEVO CHIMBOTE - Agosto 2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V° B° de:


Dr. PONCE LOZA, Juan Miguel
ASESOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



JURADO EVALUADOR

Revisado V° B°

Dra. MORGAN ZAVALETA, Ysabel

PRESIDENTA

Ms. MELGAREJO VALVERDE, Esperanza

SECRETARIA

Dr. PONCE LOZA, Juan Miguel

ASESOR

DEDICATORIA

A DIOS:

Quien es guía en mi arduo caminar, y
Gracias a Él, llegué a la culminación de
mi carrera profesional y con gran
seguridad al éxito de la misma.

A MI MADRE: Pilar Sarmiento

Gracias por apoyarme durante toda mi
formación profesional, así mismo supo
guiarme y hacer de mí una mejor
persona.

A MI PADRE: Jorge Betancourt

Por sus consejos y por la confianza
que deposito en mi persona.

A TODA MI FAMILIA:

Muy en especial a mis abuelos

Gracias por transmitirme que el estudio
es el pilar principal de la formación
personal y profesional.

Johana Betancourt

DEDICATORIA

A DIOS:

Por hacerme una persona de bien, y ayudarme a lograr mis metas trazadas siendo una de ellas la culminación de mi carrera profesional y con gran seguridad al éxito de la misma.

A MIS PADRES: María y Segundo:

De quienes estaré por siempre orgulloso porque gracias a su sacrificio, confianza y apoyo invaluable incentivaron mi espíritu de superación y la culminación de mi profesión, el más valioso regalo que se puede brindar.

A MIS QUERIDOS HERMANOS:

Elías y Ana, por su apoyo y por la confianza que depositaron en mi persona, constituyendo así en mi vida un constante estímulo para mi superación personal y profesional.

A MIS GRANDES AMIGOS:

Juan, Oswaldo, Luis, Tito, Jhony y Susy por su amistad, consejos, deseos de superación y por todos los momentos que jamás olvidaré.

José Méndez

AGRADECIMIENTO

A Dios creador del universo y dueño de nuestras vidas, quien nos permitió concluir con nuestra carrera profesional.

A nuestros padres, por el apoyo incondicional que nos dieron a lo largo de la carrera.

A la Escuela de Enfermería, por el soporte institucional dado para la realización de este trabajo.

Al Dr. Miguel Ponce Loza por su asesoría y dirección en el presente trabajo de investigación y a las Ms. Isabel Morgan Zavaleta y MS. Esperanza Melgarejo Valverde por ser nuestros jurados.

Al Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Chimbote, por su apoyo y colaboración para la realización de esta investigación.

A los protagonistas de este proyecto, las Personas Privadas de Libertad. Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hacemos extensivo nuestro más sincero agradecimiento.

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	16
MARCO TEÓRICO	42
MATERIAL Y MÉTODO	51
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA Nro. 01: INDICE DE HACINAMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	63
TABLA Nro. 02: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	65
TABLA Nro. 03: SITUACIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	69
TABLA Nro. 04: TIPO DE DELITO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	71
TABLA Nro. 05: NÚMERO DE REINGRESOS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	73
TABLA Nro. 06: MORBILIDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	75

TABLA Nro. 07:	PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	77
TABLA Nro. 08:	TIPO DE TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	79
TABLA Nro. 09:	ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	81
TABLA Nro. 10:	MANEJO DE CASOS DE LAS I.T.S DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	83
TABLA Nro. 11:	PREVALENCIA DE VIH/SIDA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	85

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA Nro. 01: INDICE DE HACINAMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	64
FIGURA Nro. 02-A: EDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	66
FIGURA Nro. 02-B: SEXO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	67
FIGURA Nro. 02-C: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	68
FIGURA Nro. 03: SITUACIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	70
FIGURA Nro. 04: TIPO DE DELITO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.	72

- FIGURA Nro. 05:** NÚMERO DE REINGRESOS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011. 74
- FIGURA Nro. 06:** MORBILIDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011. 76
- FIGURA Nro. 07:** PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011. 78
- FIGURA Nro. 08:** TIPO DE TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011. 80
- FIGURA Nro. 09:** ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011. 82
- FIGURA Nro. 10:** MANEJO DE CASOS DE LAS I.T.S DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011. 84
- FIGURA Nro. 11:** PREVALENCIA DE VIH/SIDA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011. 86

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo transversal, con un Enfoque ecológico – Epidemiológico, el cual tuvo como objetivo general Conocer el Perfil Epidemiológico de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

La población estuvo constituida por el 100% (2010 $N_1 = 792$, 2011 $N_2 = 1076$) de las personas privadas de libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Para la recolección de datos se utilizó una ficha sobre el perfil epidemiológico de las personas privadas de libertad. El procesamiento y el análisis estadístico se realizó en el software Especializado de Estadística y Epidemiología (EPIINFO); llegándose a las siguientes conclusiones:

- Existe altos índices de hacinamiento en la personas privadas de libertad para el año 2011 (95.2%) respecto al año 2010 con un menor hacinamiento (38.4%).
- Las características sociodemográficas de las personas privadas de libertad que prevalecieron son: sexo masculino con un promedio de 30 a 39 años de edad, grado de instrucción secundaria.
- La situación jurídica de las personas privadas de libertad que predomina es de sentenciados.
- El tipo de delito de las personas privadas de libertad que más prevalece es el delito contra el patrimonio seguido del delito contra la seguridad pública y el delito contra la libertad.

- En los años 2010 y 2011 prevalece los que ingresaron por primera vez (55.4% y 57.4% respectivamente), seguido con menor proporción los que reingresaron 2 veces (año 2010 21.0% y 2011 23.2%).
- Las enfermedades más prevalentes para los años 2010 y 2011 son las enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades infecciosas.
- La prevalencia de la Tuberculosis Pulmonar en la personas privadas de libertad es relativamente mayor en el año 2011 (21.4/1000 personas privadas de libertad) respecto al año 2010 (17.7/1000 personas privadas de libertad).
- El tipo de tuberculosis más frecuente de las personas privadas de libertad es la pulmonar para los años 2010 y 2011.
- Las personas privadas de libertad, recibieron en el 2010 el esquema I (85.7%) y esquema II (14.3%) y en el año 2011 recibieron solo tratamiento del esquema I (100%).
- En el manejo sintomático de las ITS el que más prevalece es el flujo vaginal, con mayor incidencia en el año 2010 respecto al año 2011. Y en el manejo etiológico de las I.T.S el que más prevalece es el herpes genital (2010 56.8%, 2011 58.1), seguido de sífilis (2010 24.3%, 2011 32.2%)
- Se observa una prevalencia de VIH/SIDA en el año 2010 de 7.6/1000 personas y en año 2011 una prevalencia de 6.5/1000 personas.

PALABRAS CLAVE

- Establecimiento penitenciario, hacinamiento, personas privadas de libertad, delito, salud, preventivo – promocional.

ABSTRACT

This research is a descriptive cross, with an ecological approach - Epidemiological, which had as its overall objective Meet the Epidemiological Profile of Persons Deprived of Liberty Penitentiary Penal Rate Bridge. Period 2010-2011.

The population will consist of 100% (2010 $N_1 = 792$, 2011 $N_2 = 1076$) of the detainees of Criminal Penitentiary Rate Bridge. For data collection will use a tab on the epidemiological profile of the detainees. Processing and statistical analysis was performed on specialized software Statistics and Epidemiology (EPIINFO); getting itself to the following conclusions:

- There are high levels of overcrowding in detainees for 2011 (95.2%) compared to 2010 with less overcrowding (38.4%).
- Socio-demographic characteristics of persons deprived of liberty that prevailed are male with an average of 30-39 years of age, level of secondary education.
- The legal status of the detainees that predominates is sentenced.
- The type of offense for persons deprived of liberty is the most prevalent crime against the continued heritage crime against public safety and crime against freedom.
- In 2010 and 2011 the prevailing admitted for the first time (55.4% and 57.4% respectively), followed by the smaller proportion who were readmitted 2 times (2010 and 2011 21.0% 23.2%).

- The most prevalent for years 2010 and 2011 diseases are diseases of the respiratory system and infectious diseases.
- The prevalence of pulmonary tuberculosis in detainees is relatively higher in 2011 (21.4/1000 persons deprived of freedom) compared to 2010 (17.7/1000 persons deprived of liberty).
- The most common type of tuberculosis of the detainees is pulmonary for the years 2010 and 2011.
- The detainees, received in 2010 the scheme I (85.7%) and Scheme II (14.3%) and in 2011 received one treatment of Scheme I (100%).
- In the syndromic management of STIs is the most prevalent vaginal discharge, with the highest incidence in 2010 compared to 2011. In the aetiological STI management is the most prevalent genital herpes (2010 56.8% 2011 58.1), followed by syphilis (2010 24.3% 2011 32.2%).
- An prevalence in 2010 of 7.6/1000 persons and in 2011 a prevalence of 6.5/1000 person is observed.

KEYWORDS

Establishment prison, overcrowding, detainees, crime, health, preventive - promo.

I. INTRODUCCIÓN

Desde que las sociedades establecieron la privación de la libertad y la reclusión de las personas como un medio para sancionar transgresiones a las leyes y las normas establecidas, los centros penitenciarios han estado indefectiblemente ligados con la enfermedad. En el siglo XXI referirse a centros penitenciarios conlleva a pensar en trastornos psicosociales y en enfermedades no transmisibles y transmisibles, como la tuberculosis, VIH/SIDA. Los centros penitenciarios pueden representar un grave problema de salud pública (1) (2) (3).

Los sistemas penitenciarios de América Latina y el Caribe muestran amplia variabilidad y diversidad en su organización, estructura, legislación, acceso a recursos, etc., y en su mayoría se constituyen en un reflejo del incremento de la pobreza, el desempleo, la desigualdad y la discriminación que se vive en las Américas. Se observa, con muy pocas excepciones, que la situación y las condiciones de los centros penitenciarios no son adecuadas, existiendo problemas de infraestructura, hacinamiento, violencia y carencias de recursos materiales y humanos (2) (4).

En el informe de la IV reunión Regional de Tuberculosis y Tuberculosis/VIH en centros penitenciarios, realizada en el 2008, presentado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito se estima que actualmente, más de 9,25 millones de personas están privadas

de libertad en centros penitenciarios alrededor del mundo, y este número va en aumento. Muchas de ellas son detenidas por cortos periodos de tiempo, así mismo una circulación de 30 millones que salen y entran del medio carcelario anualmente. Si a lo anterior se le suma un enfoque básico de derechos humanos, que estipula que la pérdida de la libertad no debe representar la pérdida del derecho a la salud, se puede fácilmente afirmar que se está frente a un problema que no debe ser pasado por alto y que requiere de un abordaje urgente y eficaz (1) (2) (5).

La Organización Panamericana de la Salud estima que más de 800 mil personas se encuentran privadas de libertad en centros penitenciarios de América Latina y el Caribe (6).

La salud en los centros penitenciarios es a menudo olvidada o considerada de baja prioridad. Los presos son estigmatizados, ocultados y enmudecidos. Con frecuencia, la sociedad ve con ambivalencia una atención sanitaria de calidad a los acusados o convictos de obrar mal contra la sociedad, particularmente en países con recursos escasos. Con demasiada frecuencia, los presos y ex-presos son ignorados por los sistemas de atención médica (7).

Hay una crisis mundial en las prisiones, 30 millones de personas detenidas entran y salen de los centros penitenciarios cada año, muchas de ellas infectadas con la tuberculosis y el Virus de Inmunodeficiencia Humana, lo que "no es sólo un problema de salud en los centros penitenciarios, sino de

salud pública” en general. El hacinamiento en las prisiones es un caldo de cultivo para el SIDA, Tuberculosis, etc. (8) (9).

La situación sanitaria en las cárceles es crítica. Los comportamientos de riesgo son muy frecuentes y van desde relaciones sexuales no protegidas a tatuajes poco seguros, abuso de estupefacientes y violencia sexual. Asimismo, la discriminación y el estigma convierten la vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA en un infierno (10).

Las condiciones carcelarias en toda América Latina y el Caribe donde las personas privadas de libertad se encuentran hacinadas, carecen de alimentación adecuada, malas condiciones de los servicios sanitarios y atención de salud deficientes, lo que constituyen una de las mayores violaciones a los derechos humanos y configuran muchas veces un tratamiento cruel, inhumano y degradante (4) (11).

La calidad de vida de las personas privadas de libertad es absolutamente inhumana. Las condiciones sanitarias, la alimentación, la salud, las celdas, el equipamiento, entre otros, son totalmente precarios, insuficientes y de pésima calidad (12).

Además del hacinamiento, en los centros penitenciarios existen malas condiciones de vida, pobre alimentación, celdas pequeñas con insuficiente ventilación e iluminación, carencia de servicios básicos e incluso de agua, e internos que no cuentan con colchones, o con celdas. Asimismo, es frecuente

la deficiencia o inexistencia de servicios de salud, con la consecuente deficiencia o ausencia de atención en salud (2) (13).

Las personas privadas de libertad viven con frecuencia hacinadas en celdas pequeñas con insuficiente ventilación e iluminación, higiene y saneamiento, carencia de agua, internos que no cuentan con colchones o celdas, existe violencia, estrés físico y emocional. La comida institucional puede ser poco apetitosa y nutricionalmente insuficiente. Los servicios de salud son inexistentes o precarios. Los comportamientos ilegales, como el consumo de alcohol y drogas o las relaciones sexuales (consentidas o no) pueden tener lugar sin control. Estas condiciones son un buen caldo para el brote de enfermedades epidémicas, incluyendo la Tuberculosis y el VIH/SIDA. Todas estas condiciones hacen de los centros penitenciarios ambientes agresivos para la salud física y mental de los internos (7) (14).

En los centros penitenciarios, los principales problemas de salud incluyen en general virus de inmunodeficiencia humana, tuberculosis, hepatitis, enfermedades psiquiátricas, drogodependencias, ectoparasitosis, afecciones respiratorias agudas y crónicas, infecciones del tracto digestivo y micosis (2).

Las enfermedades infecto-contagiosas, gastrointestinales y respiratorias encuentran condiciones favorables para su propagación en las malas condiciones de higiene y nutrición en las que viven las personas privadas de libertad, en particular por la falta de agua potable, de drenaje y de alimentación balanceada, entre otras razones (15).

La salud se ve amenazada en ambientes de pobreza, conflicto, discriminación y desinterés. La prisión es un ambiente que concentra precisamente estos problemas. La tuberculosis es una causa importante de enfermedad y muerte en las prisiones, junto con el VIH/SIDA, la desnutrición, las enfermedades mentales y la violencia. Directa o indirectamente, estas amenazas afectan no sólo a las personas privadas de libertad, sino a toda persona que entra en contacto con las prisiones y por último a toda la sociedad (7).

Factores socio-estructurales han contribuido para posibilitar que los centros penitenciarios se conviertan en un problema de salud pública, donde la Tuberculosis, VIH/SIDA, etc.; está presente (16).

Las personas privadas de libertad, muy a menudo, provienen de los sectores más vulnerables de la sociedad: los pobres, los enfermos mentales, los alcohólicos o los toxicómanos. Estos colectivos tienen ya de por sí un riesgo mayor de padecer enfermedades como la tuberculosis. En prisión, estos problemas son exacerbados por las malas condiciones de vida y el hacinamiento. El clima de violencia y humillación de la prisión agrava la situación, obstaculiza el acceso a la atención médica y fomenta comportamientos insanos. Finalmente, las personas privadas de libertad son liberadas y regresan a la sociedad llevando consigo la enfermedad y los comportamientos engendrados y empeorados por su encarcelamiento (7).

Desde el punto de vista de la salud pública, el hacinamiento se trata de una de las principales causas de diseminación de enfermedades y del aumento de la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, del SIDA y de otras como las enfermedades mentales, la tuberculosis y las hepatitis. En dichos contextos las prácticas sexuales desprotegidas de hombres y de mujeres son mucho más frecuentes y, por lo general, a esos sectores no se les ofrece de forma sistemática y continua los insumos básicos de prevención tales como condones y lubricantes (17).

A menudo los presos soportan condiciones inhumanas que fomenta la propagación del VIH por medio de jeringas no esterilizadas, contactos sexuales, tatuajes y hojas de afeitar compartidas. Las malas condiciones de vida en los centros penitenciarios de muchos países, con carencia de asistencia médica, jeringuillas y preservativos, provoca que la tasa de prevalencia del VIH/SIDA sea muy elevada. El hacinamiento en los centros penitenciarios es un caldo de cultivo para el VIH/SIDA, tuberculosis, etc. Una de las medidas más importantes para prevenir la transmisión del VIH sería la "reducción del hacinamiento" puesto que conduce a la violencia y a condiciones conducentes a la propagación del virus (8) (18).

Según en el informe final de la Consulta Regional para América Latina y Caribe sobre VIH/Sida en el medio carcelario, realizada en el 2008, las prisiones son ambientes altamente vulnerables para la infección de VIH y la prevalencia en esos sitios puede llegar a ser hasta veinte veces más alta que en la población general. La falta de acceso a condiciones de salud adecuadas,

el hacinamiento, la violencia, la falta de información, las prácticas sexuales sin medidas preventivas, consumo de drogas, realización de tatuajes y perforaciones, violencia con armas corto-punzantes, maltrato y discriminación por parte de distintos tipos de actores, así como abuso sexual y ejercicio de distintas formas de violencia física y psicológica en los centros penitenciarios son condiciones que favorecen la transmisión del VIH. Este es un hecho que puede afectar tanto a la población privada de libertad como a la población general (17) (19).

En los centros penitenciarios la prevalencia de Tuberculosis es elevada, existe hacinamiento y en la personas privadas de libertad se dan condiciones como la infección por el VIH, consumo de drogas, etc. que incrementan sus riesgos para adquirir la tuberculosis (20) (21).

Los centros penitenciarios son considerados como grandes reservorios de Tuberculosis, exponiendo a las personas privadas de libertad a la enfermedad, atentando contra su derecho a la salud y convirtiendo a las prisiones en una amenaza para la población general. La tuberculosis en centros penitenciarios, por tanto, representa un importante problema de salud pública (2) (22) (23).

La mayoría de centros penitenciarios fueron construidos para maximizar la seguridad pública y no para minimizar la transmisión de infecciones. La probabilidad de transmisión de microorganismos potencialmente patógenos se ve incrementada por demoras en el diagnóstico y tratamiento, acceso

restringido a jabón y agua, insuficiente experticia en el control de infecciones y prohibiciones contra el uso de condones y agujas estériles entre otras estrategias (24) (25).

La Organización Mundial de la Salud, en su documento: Directrices para el Control de la Tuberculosis en las Prisiones, explica que las condiciones de la prisión, el encarcelamiento ponen a las personas privadas de libertad en alto riesgo de infectarse y contraer la tuberculosis. Puesto que los servicios de salud de los centros penitenciarios a menudo no logran ejecutar un control eficaz de la tuberculosis ni garantizar su curación, las personas privadas de libertad corren un alto riesgo de salir de la prisión con tuberculosis (21).

Debido a factores como la alta transmisión de tuberculosis en el medio penitenciario y la escasez de programas efectivos de control de la tuberculosis en las prisiones, los prisioneros son una reconocida población vulnerable para la tuberculosis. Sin embargo, en América latina y el Caribe hay muy poca información epidemiológica y operativa acerca de este tema (6).

Desafortunadamente, en América Latina no existe un sistema de información en el ámbito de la salud penitenciaria. Por lo tanto, es difícil conocer y medir los problemas reales de salud de la población privada de libertad. Algunos informes nos dan indicios sobre la situación de la tuberculosis, una de las enfermedades extremadamente preocupantes para la salud penitenciaria y pública. Las cárceles constituyen verdaderos bolsones de tuberculosis, porque concentran un porcentaje muy elevado de casos. A la

tuberculosis se le une otra grave enfermedad que es el VIH/SIDA, especialmente para quienes tienen un déficit inmunológico que favorece el desarrollo de la tuberculosis (14).

En el 2004 y en el 2007, la Organización Panamericana de la Salud realizó dos encuestas sobre la situación de la tuberculosis en los sistemas penitenciarios en varios países de América Latina. Ambos sondeos muestran que en los penales de estos países se tiene una incidencia de tuberculosis hasta veintidós veces más elevada que en la población en general. Son los penales en Perú y Bolivia los que están más afectados por esta enfermedad (2) (6) (26).

La situación de la Tuberculosis en el Perú presenta una tendencia decreciente, sin embargo es el quinto país de América con mayor incidencia de tuberculosis (101.9 x 100,000 habitantes) y el primero en notificar tuberculosis resistentes, siendo un serio problema de salud pública, es importante resaltar que los centros penitenciarios son áreas de elevado riesgo de transmisión de tuberculosis (27)

En Perú, la Comisión Episcopal de Acción Social - CEAS (2006), en su estudio acerca de la "Realidad Penitenciaria en el Perú: Diagnóstico, Limitaciones y Retos", la salud penitenciaria se encuentra en un estado crítico, incluso en comparación con la población en libertad, siendo muestra de ello que en el penal de Lurigancho la tasa de morbilidad por tuberculosis es 9.85 veces mayor que en la ciudad de Lima. En relación al grave problema del

VIH/SIDA, el nivel de prevalencia es 7 veces mayor que en la calle (en la comunidad libre es 0.30%; en toda la población penal es 1.10% y en caso particular de Lurigancho 2.60%). Ello origina que la reclusión de una persona en un penal de manera automática lo ponga en grave riesgo de ser contagiado con estas dos enfermedades. Pero este potencial peligro no solo afecta a la población penitenciaria sino también al resto de la ciudadanía, en tanto, mediante las visitas que recibe puede, potencialmente transmitir estas enfermedades a la población en libertad (28).

La población carcelaria en América Latina ha crecido considerablemente durante los últimos años (29). Los programas de mejora de los centros penitenciarios y las construcciones nuevas, son insuficientes ante el crecimiento sostenido de esta población, provocando situaciones de hacinamiento y espacios cada vez más atestados, violentos e insalubres (2) (19).

Existe sobrepoblación en las prisiones de América Latina, con centros penitenciarios que llegan a cuadruplicar su capacidad máxima (29). Un ejemplo es el penal de Lurigancho, en Lima, que se construyó con una capacidad para 1.800 personas y en el año 2006 albergaba a 8.564 internos (28) o en México, donde las celdas fueron diseñadas para tres internos, pero durante la noche deben recibir a más de diez (2) (30).

El hacinamiento ha llegado a niveles intolerables, producto del incremento de la población carcelaria, del estancamiento en la construcción de

nuevas infraestructuras o ya sea porque la administración de la justicia es ineficiente o corrupta, utilizando en forma excesiva la detención preventiva manteniendo a las personas acusadas privadas de libertad por meses e incluso por años (12).

El hacinamiento dificultan el normal desempeño de funciones esenciales de los sistemas penitenciarios tales como la salud, la higiene, la alimentación, la seguridad, el régimen de visitas, dificulta la capacidad de las autoridades de gestionar los centros penitenciarios, agrava la violencia intracarcelaria, propicia el contagio de enfermedades, y la infraestructura se deteriora rápidamente (4)(16).

La sobrepoblación, y en su caso el hacinamiento, son otros factores que influyen negativamente en las condiciones de vida y en el estado de salud de la población en reclusión. El hacinamiento, aunada a las malas condiciones de higiene, ventilación e iluminación deficiente en las celdas, insuficiente servicios de salud acarrea unas series de riesgos para la salud de las personas privadas de libertad y constituyen condiciones propicias para la producción y fácil contagio de enfermedades (15).

El VIH/SIDA constituye una grave amenaza sanitaria para la población penitenciaria de numerosos países y plantea desafíos importantes a las autoridades penitenciarias y de salud pública y para los gobiernos nacionales. Mundialmente, los niveles de infección de VIH tienden a ser más altos entre la

población carcelaria que entre la población que se encuentra fuera de las mismas (31) (32) (33).

El hecho de ser encarcelado reviste el carácter de un evento traumático para la vida de una persona, especialmente si es el primer contacto con la prisión. En las primeras semanas de encarcelamiento hay mayores niveles de ansiedad y estrés, o mayor riesgo de suicidios. Con el paso del tiempo tienden a remitir los niveles de ansiedad y estrés de las personas privadas de libertad (34) (35).

El internamiento en prisión suele ser considerado como uno de los sucesos más traumáticos que puede experimentar una persona al reunir varios de los rasgos atribuidos a un evento traumático, como son la ruptura con el ritmo y estilo de vida habitual de la persona, el alejamiento de la red social, afectando a las rutinas sociales, laborales, y de ocio, y la inserción en un medio que adolece de muchas privaciones. Por otro lado, el ingreso en prisión puede actuar como el inicio de una cadena de estresores, dificultades con la pareja, disminución de ingresos familiares, comunicar a los hijos la situación del encierro del familiar, etc. (35) (36).

La persona que ingresa en prisión vive cambios en sus cogniciones, emociones, en la salud mental y física, en la sexualidad y en sus pautas de conducta como reacción adaptativa a las exigencias del ambiente penitenciario, entre ellas, la asunción de la cultura carcelaria (35) (37).

En el Ámbito Internacional se reportan las siguientes investigaciones relacionados con las variables de estudio de la presente investigación:

En Colombia, LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA (2001), en su "Informe Preliminar Sobre La Situación de los Privados de la Libertad y el VIH / SIDA de Colombia" encontraron que las cárceles tienen una capacidad real de 37686 personas privadas de libertad y en la actualidad se encuentran detenidas 55113 personas. Cifra que demuestra que existe un porcentaje de hacinamiento del 45 % en promedio, aunque en algunos centros penitenciarios como "Bella Vista" (Medellín) y la "Modelo" (Bogotá) estas cifras superan el 100%. 51953 personas privadas de libertad son hombres (94%) y 3160 son mujeres (6%). Más del 50% tienen entre 18 y 39 años. El 10% no tiene ningún grado de escolaridad, el 55% tienen educación básica primaria, el 32% secundaria y el 3% universitaria o profesional. De los 171 centros penitenciarios, 46 con una población de 5032 internos, no cuentan con servicio médico y 111 con una población de 13.843 internos no tienen servicio odontológico. Los delitos más frecuentes son aquellos contra la vida y la integridad personal, contra el patrimonio económico, por tráfico de narcóticos y contra la seguridad pública. Según el perfil epidemiológico de la población penitenciaria las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan el primer lugar en el ámbito nacional, convirtiéndose en la causa de morbilidad más importante de la población. Las ITS están ubicadas como una de las principales causas de morbilidad, con una prevalencia del 14% (38).

En España, SAÍZ DE LA HOYA, P. y otros. (2004), en su estudio observacional de tipo transversal sobre "Características y Situación Clínica de la Población Reclusa Infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana de los Centros Penitenciarios Españoles", y tomando como muestra a 199 pacientes infectados por el virus inmunodeficiencia humana de 8 centros penitenciarios, mostraron como resultado que, un 96% (191) de los pacientes son hombres y sólo 4% (8) son mujeres. Del total de la muestra, el 16% (32) ha padecido una tuberculosis en prisión, uno de ellos (3.1%) una forma mixta, 7 (21.9%) tuberculosis extrapulmonar y 24 (75%) tuberculosis pulmonar. De los 199 pacientes con VIH, el 54,8% (106) reciben actualmente tratamiento antirretroviral. La gran mayoría de los pacientes 92.5% (184) refieren antecedentes como usuarios de drogas intravenosas. Un 54,3% (108) refieren continuar consumiendo drogas, respecto a un 45,7% (91) que no consumen. Un 70,4% (140) de los pacientes tienen tatuajes. Respecto al estado higiénico-sanitario buco-dental de los 197 pacientes que aportan datos, nos encontramos que 169 (85,8%) pacientes presentan caries y a 169 (85,8%) le faltan piezas dentarias (39).

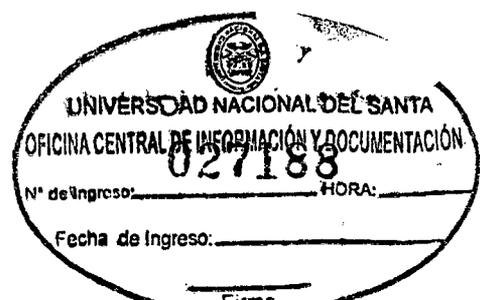
En Uruguay, MACRI, T. y Berthier, V. (2005), investigaron sobre "Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Conductas de Riesgo Asociadas en Reclusos Alojados en el Complejo Penitenciario de Santiago Vázquez", concluyeron que la prevalencia hallada en el año 2005 fue de 6,5/100 personas para la infección VIH en prisión; y los factores de riesgo asociados a una mayor probabilidad de adquirir la infección viral en prisión fueron: haber tenido una pareja sexual VIH(+), poseer en la actualidad una

pareja VIH (+), ser consumidor de drogas por vía parenteral, los que compartieron el material de punción, las relaciones homosexuales, las autolesiones, las lesiones entre reclusos, los tatuajes y la violación. La población estudiada se distribuyó en un rango de edades entre 18 y 74 años, con un notorio predominio del grupo etario correspondiente a los menores de 30 años. El promedio de edad de la muestra fue de 29,6 y la mediana fue de 27. En relación al nivel de instrucción, el 6,5% de la totalidad no sabe leer ni escribir, solo el 21% terminó la enseñanza primaria, el 8% finalizó la enseñanza secundaria completa, y el porcentaje más grande lo constituye los que empezaron secundaria y no la terminaron (37,5%). Con relación al estado civil, más de la mitad de la población estudiada es soltera (53%) (40).

En Uruguay, PRESIDENCIA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY (2006), en su investigación sobre "Mujeres Privadas de Libertad en el Uruguay: Informe Sobre las Condiciones de Reclusión" reportó que el Complejo Carcelario de Santiago Vázquez tiene un índice de hacinamiento del 78.3% con una capacidad de 1412 pero alberga a 2800 personas y la Cárcel de Mujeres con capacidad para 150 mujeres pero alberga 237 personas (38% de hacinamiento). Los centros penitenciarios que registraron altos índices de hacinamiento son la cárcel Departamental de Rivera con 232 personas para una plaza de 80 (170% de hacinamiento) y la Cárcel Departamental de Maldonado con 308 personas para una plaza de 120 (136.7% de hacinamiento). A nivel nacional el 94,4% son hombres y el 5,6 son mujeres. En el Establecimiento de Reclusión para Mujeres de Cabildo – Montevideo con una población penitenciaria de 237 mujeres privadas de libertad, se encontró

que el 75% (178 personas de libertad) tenía condición jurídica de procesadas y el 25% de sentenciadas. Asimismo el 33% de mujeres es reincidente frente a un 67% que ingresaron por primera vez. El 45,6% de mujeres esta por los delitos contra la propiedad seguido del 27,4% contra la vida e integridad física, 24.5% contra la salud pública y 2.5% otros. En el Establecimiento de Reclusión para Mujeres de Canelones con una población penitenciaria de 38 mujeres privadas de libertad, se encontró que el 76.3% (29 personas de libertad) tenía condición jurídica de procesadas y el 23.7% de sentenciadas. Asimismo el 21.1% de mujeres es reincidente frente a un 78.9% que ingresaron por primera vez. El 47,4% de mujeres esta por los delitos contra la vida e integridad física seguido del 34,2% contra la propiedad, 15.8% contra la salud pública y 2.6% otros.

En Venezuela, POSADA, A. y Díaz, M. (2008), investigaron sobre “Las Cárceles y la Población Reclusa en Venezuela” quienes reportaron que para el año 2005 predominan los hombres con edades entre 18 a 30 años (60.6%), frente a las personas mayores de 30 años (38.4%). Para el año 2006 la mayoría de la población reclusa femenina son mujeres con edades que oscilan entre 20 a 30 años. Sobre el sexo de las personas privadas de libertad predomina el sexo masculino con el 93,5% frente a un 6,5% de mujeres. El Centro Penitenciario de Occidente (Santa Ana) se encontró un 213.3% de índice de hacinamiento con una capacidad para 600 personas pero alberga a 2000 personas privadas de libertad. En tanto el 55,3% de la población nacional se encontraban en condición de procesados y 44,7% ya habían recibido condena. El 30% de la población penitenciaria nacional tiene estudios de



primaria, 50% estudios de secundaria y solo 3% nivel superior, lo cual significa que un 83% de la población reclusa estaba escolarizada frente a un 8% de analfabetismo. Entre los años 2001 a 2003 se mencionan como principales causas de consulta las siguientes patologías: enfermedades de la piel (53%) tales como micosis, dermatitis, y escabiosis, entre otras; gastroenterológicas (12%); quirúrgicas (10%); enfermedades respiratorias (9%) e infecciones de transmisión sexual (8%), cuadros que en general, suelen ser más frecuentes entre los reclusos que en el resto de la población (42).

En Colombia, MEJÍA, L.; Hernández J.; y Nieto E. (2009), en su investigación acerca de "Condiciones de Accesibilidad a los Servicios de Salud de las Internas e Hijos (As) Convivientes del Centro de Reclusión Para Mujeres El Buen Pastor De Medellín" reportaron que el 51.2% de mujeres privadas de libertad tenía estudios de secundaria, 31.7% estudios de primaria, 12.2% superior y el 4.9% sin instrucción. El 78.7% de mujeres tienen condición jurídica de sentenciadas y el 21,3% de procesadas y más del 75% de las mujeres han presentado alguna enfermedad (43).

En Venezuela, el OBSERVATORIO VENEZOLANO DE PRISIONES (2009), en su informe reportó que la enfermedad que más prevalece es la dermatológica 53% seguido de gastroenterológicos 12%, quirúrgicos 10%, respiratorio 9%, ITS 8%, traumatológica 4%, Neurológica 2% y cardiovasculares 2% (44).

En Pakistan, KAZI, A. y otros (2010), en su estudio acerca de "Risk Factors and Prevalence of Tuberculosis, human Immunodeficiency Virus, Syphilis, Hepatitis B Virus, and Hepatitis C virus Among Prisoners In Pakistan" quienes en una muestra de 357 personas privadas de libertad encontraron una prevalencia de Tuberculosis de 22/1000 personas y una prevalencia de VIH de 20/1000 personas (45).

En México, la COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL (2010 -2011) en su reporte "Informe Especial sobre el Derecho a la Salud de las Personas Privadas de Libertad en los Centros de Reclusión del Distrito Federal" encontró que las principales causas de morbilidad son las enfermedades respiratorias, gastroenterológicas y enfermedades infecciosas, seguidas de micosis, lesiones por violencia, hipertensión arterial, diabetes y otros (15).

En Venezuela, el PROGRAMA VENEZOLANO DE EDUCACIÓN - ACCIÓN EN DERECHOS HUMANOS (2011), en su "informe anual 2010 – 2011" reportó que el 66% de la población penitenciaria tiene condición jurídica de procesados frente a 34% de sentenciados. Respecto a los tipos de delitos el 39% de la población penitenciaria está por los delitos de robo, seguido de 23.4% de delitos vinculados con tráfico ilícito de drogas, 22.76% vinculada a delitos de homicidio y 14.84% otros. El 81% esta privado de libertad por primera vez, situación preocupante considerando los efectos criminógenos de la prisión. (46)

En Colombia, el INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE COLOMBIA (2011), en su estudio sobre “Caracterización y Perfilación Criminológica y Penitenciaria de la Población Condenada y Privada de la Libertad en los Establecimientos de Reclusión del INPEC Y Propuesta para el Direccionamiento del Tratamiento Penitenciario” reportó que en cuanto al nivel educativo alcanzado en hombres es: primaria 42%, secundaria 43%, nivel técnico o tecnológico 4.4%, nivel profesional 4.3%, nivel de postgrado 1% y el nivel educativo alcanzado por mujeres es: primaria 36.5%, secundaria 44.4%, nivel técnico o tecnológico 7.1%, nivel profesional 6.9% y postgrado 0.4% el 25 % de la población penitenciaria nacional de hombres está entre 18 y 28 años. Así mismo el 25 % de la población de mujeres está entre 17 y 26 años por lo que observó que no hay una diferencia significativa en la distribución entre hombres y mujeres (47).

En España, MARCO, A. y otros (2012), en su investigación acerca del “Estudio Multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores Asociados en las prisiones de España” quienes en una muestra de 371 personas privadas de libertad encontraron una prevalencia de tuberculosis de 50,5/100 habitantes, una prevalencia de VIH del 10,8/100 habitantes (40 personas infectadas de VIH) y una prevalencia de coinfección VIH/Tuberculosis de 6.7/100 habitantes. El 91.8% hombres y 8.2% mujeres (48)

En Chile, el INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (2013), en su estudio sobre “Las Condiciones Carcelarias de Chile: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos”,

concluyeron que el hacinamiento es la deficiencia más común dentro de los centros penitenciarios de Chile. De este modo, el Centro de Cumplimiento Penitenciario de Limache es el penal más hacinado del país con 84 internos para apenas 303 plazas (240,7% de hacinamiento), seguido por la cárcel de Copiapó (237,1% de hacinamiento) con 707 plazas para 198 internos varones, y la cárcel Santa Cruz (109,5% de hacinamiento) con 132 plazas para 303 personas. En el caso de centros penitenciarios para mujeres, la cárcel de Talca (185,6% de hacinamiento) resulta ser la más hacinada con 36 plazas para 110 internos, seguido por el centro penitenciario de Copiapó (77,7% de hacinamiento) con 44 plazas para 87 internos (49).

En el Ámbito Nacional se reportaron los siguientes trabajos de investigación que se relacionan con las variables de estudios.

En Lima, la COMISIÓN EPISCOPAL DE ACCIÓN SOCIAL (2006). En su estudio acerca de "La Realidad Del Sistema Penitenciario en el Perú: Diagnóstico, Limitaciones y Retos" encontraron que existe una sobrepoblación promedio nacional de 62.02%. El penal de Lurigancho es el más hacinado del país, con una capacidad para 1800 personas pero alberga a 8564 personas privadas de libertad (355.8% de hacinamiento), el penal de Mujeres de Chorrillos Comunes con capacidad para 288 personas pero alberga a 913 (197%) y el de Sarita Colonia en el Callao con una capacidad para 572 personas pero alberga a 1492 (140.8%). La población penal masculina constituye el 92.95% y la femenina el 7.05%. El 70.5% de la población penal tiene condición jurídica de procesados y solo el 29.5% de sentenciados. Si bien

la incidencia delictiva femenina es reducida con relación al género masculino, su crecimiento en las dos últimas décadas ha sido notable. La población nacional está compuesta básicamente por jóvenes de 20 a 34 años de edad que representan al 55.22% en hombres y 3.52% en mujeres del total de los internos. La mayoría de personas privadas de libertad se ubica en cuatro grandes grupos de modalidades delictivas: delitos contra el patrimonio con el 41.6% de la población penitenciaria nacional; tráfico ilícito de drogas con 23.8%, contra la vida el cuerpo y la salud el 9%, terrorismo el 3.3% y el resto de la población, es decir el 22.3% han cometido otros delitos. (28).

En Lima, GILBERT, R.; José, A.; Gladys R. (2008), en su estudio sobre "Sub-estudio Cuanti-cualitativo sobre la Prevención y Control de la Tuberculosis, TB-MDR y VIH/SIDA en el Sistema Penitenciario" quienes realizaron detección temprana de tuberculosis a 12676 personas privadas de libertad de 27 centros penitenciarios del Perú, obteniendo como resultado una tasa de incidencia de tuberculosis frotis positivo de 14/1000 habitantes. 599 nuevos casos de tuberculosis, lo cual representa un incremento de 36.1% respecto a los casos nuevos del periodo 2006 (440). De 599 casos 78.1% (468 casos) presentan tuberculosis pulmonar, 13.2% son extra pulmonares y el 8.7% son baciloscopia negativa (50).

MINSA - ESN-PCT (2008), en su informe sobre "Situación de la Tuberculosis en el Perú: Informe de Gestión" reportó que para el periodo 2007" se notificaron 764 casos de tuberculosis de 26216 personas privadas de libertad lo que se traduce en una prevalencia de 29.1/1000 habitantes, siendo

el centro penitenciario Lurigancho el que tiene la tasa más alta 58.9/1000 habitantes (554 casos de una población de 9412 personas privadas de libertad). De igual manera el penal de Huaral con una prevalencia de 20.1/1000 habitantes (29 casos de una población penal de 1385). Asimismo el establecimiento penitenciario Penal de Cambio Puente - Chimbote, presentó una prevalencia de 19.5/100 habitantes (15 casos de una población de 769 personas privadas de libertad) (51).

En Lima, el INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO (2011). En su informe "Estadística Población Penal. Diciembre 2011", reportaron que las cárceles del Perú tienen una capacidad de albergue de 28 492 personas y hasta diciembre del 2011 se encuentran detenidos 52 700 personas. Cifra que demuestra que existe un porcentaje de hacinamiento del 60 % en promedio. La población penal masculina constituye el 93.93% y la femenina el 6.07%. La mayor concentración de la población penal se encuentra en tres grupos comprendidos entre 30 y 49 años, representando el 51.68% de una población penal de 52,700 personas. El 36.54% de la población penal es joven y económicamente productiva considerando los rangos de edad entre 18 y 29 años. Los penales de Cañete, Huacho y Huaral tienen más del 70% de personas en condición de procesados, incluso en la mayoría de los penales se están llegando a niveles de más del 50% de procesados. El 58.27% de la población penal tiene condición jurídica de procesada y solo el 41.73% de sentenciada. Asimismo en Piura que implementó el nuevo código procesal penal del 2004 en el año 2009, se ha reducido el número de procesados teniendo actualmente que los sentenciados (1168 56.7%) han superado a los

procesados (893 43.3%). Otra es la situación de Lima y Callao, donde se aplicara el Código Procesal Penal en el 2013 (52).

En el ámbito local no se reporta investigación que se relacionan con las variables de estudios, sin embargo esta situación no es ajena para las personas privadas de Libertad del establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente.

Según datos del INPE, el penal de Cambio Puente de Chimbote - Ancash fue construida para albergar a solo 500 personas, y hasta el año 2011 existe una población de 1076 personas privadas de libertad, lo cual excede en cien por ciento su capacidad de albergue. Eso significa que las condiciones son inhumanas, pues muchos duermen en colchones tendidos en el suelo. Hay un preocupante hacinamiento; además, que el centro penitenciario presenta deficiencias en su infraestructura y servicios (52).

El alto índice de hacinamiento, celdas pequeñas con escasa ventilación, las pésimas condiciones de higiene, las relaciones sexuales no adecuadas, carencia de agua, la mala alimentación que reciben las personas privadas de libertad del penal de Cambio Puente son factores de riesgo que ponen en peligro a dicha población a contraer enfermedades infectocontagiosas como las infecciones de transmisión sexual, Tuberculosis, VIH/SIDA, enfermedades infecciones, respiratorias y otras enfermedades (14) (15).

La situación de encierro constituye un momento importante para tomar contacto con la población y trabajar aspectos vinculados al control y prevención

de prácticas de cuidado tanto para evitar la infección y la re-infección por enfermedades infectocontagiosas (8).

Por lo anteriormente expuesto, consideramos realizar el presente estudio, planteando la siguiente interrogante:

¿Cuál es el Perfil Epidemiológico de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 - 2011?

OBJETIVOS:

A. Objetivo General:

Conocer el perfil epidemiológico de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

B. Objetivos específicos:

- Determinar el índice de hacinamiento de las Personas Privadas de Libertad. Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.
- Identificar las Características Sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción) de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

- Identificar la situación jurídica de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.
- Identificar el tipo de delito genérico de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.
- Identificar el número de reingresos de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.
- Identificar la morbilidad de las Personas Privadas de Libertad atendidos por el personal de salud del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.
- Identificar la prevalencia de tuberculosis de las Personas Privadas de Libertad atendidos por el personal de salud del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.
- Identificar los tipos de tuberculosis de las Personas Privadas de Libertad atendidos por el personal de salud del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.
- Identificar el esquema de tratamiento de la Tuberculosis en las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.
- Identificar manejo de casos de Infecciones de Transmisión sexual de las Personas Privadas de Libertad atendidos por el personal de salud del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

- Identificar la prevalencia de VIH/Sida de las Personas Privadas de Libertad atendidos por el personal de salud del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el ENFOQUE ECOLÓGICO - EPIDEMIOLÓGICO (53).

El enfoque Ecológico - Epidemiológico, sostiene que los organismos vivos y su medio se relacionan de manera indisoluble y que interactúan mutuamente. Este enfoque se basa en la "*Triada Epidemiológica*": Agente, Huésped y Medio Ambiente, la cual considera que la salud es un proceso dinámico que resulta de la interacción de sus componentes y que la enfermedad tiene lugar cuando el huésped no es capaz de adaptarse a las condiciones en constante cambio del medio ambiente. Por tanto el proceso de una enfermedad o el estado de salud en el ser humano depende de la interacción de los elementos que integran: la triada epidemiológica. (53) (54) (55)

La epidemiología, estudia los patrones de distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas, así como los factores que influyen sobre dichos patrones. A la epidemiología le interesa primordialmente saber cómo se distribuye la enfermedad en función al tiempo, lugar y persona. Trata de determinar, si la enfermedad ha aumentado o disminuido, si su frecuencia en un área geográfica es mayor que en otro, y si las personas que tienen una determinada enfermedad muestran características distintas de las que no tienen. (56)

En cuanto al **Hacinamiento**, si bien ha sido utilizado continuamente como sinónimo del término de sobrepoblación, el Comité Europeo para los Problemas Criminales entendía como Hacinamiento a la Sobrepoblación Crítica, esto es cuando la densidad penitenciaria supera al 120 % a la capacidad del establecimiento penitenciario (52).

Los elementos del Enfoque Ecológico son Agente, Huésped y ambiente.

El **AGENTE**, es un elemento, sustancia, fuerza animada o inanimada cuya presencia o ausencia puede, al entrar en contacto efectivo con el huésped y en condiciones ambientales propicias, iniciar o perpetuar el estado de enfermedad. (54) (57)

El Agente biológico está constituido por microorganismos de naturaleza patógena, como el Mycobacterium Tuberculosis, VIH, etc.; que puede infectar a la persona y cuya fuente de origen la constituye el hombre, la materia orgánica procedente de ellos y el ambiente, entre ellos tenemos: Bacterias, virus, hongos y parásitos. Por ello la **tuberculosis** es una enfermedad producida por el Mycobacterium tuberculosis, es una Bacteria Alcohol-Ácido resistente frecuentemente incolora, aeróbica estricta. Su crecimiento está subordinado a la presencia de oxígeno y al valor del pH circundante. Es muy resistente al frío, la congelación y la desecación y por el contrario muy sensible al calor, la luz solar y la luz ultravioleta. Su multiplicación es muy lenta (se divide cada 16 a 20 horas) y ante circunstancias adversas puede entrar en estado latente, pudiendo retrasar su multiplicación desde algunos días hasta varios años. El reservorio

natural del *M. tuberculosis* es el hombre, tanto el sano infectado como el enfermo. (58)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de Salud Pública a nivel mundial. El Perú no escapa a esta realidad; y, si bien puede afectar a cualquier persona sin diferencia de edad, sexo o condición económica o social; las personas entre los 15 y 49 años son las más afectadas, existiendo una mayor vulnerabilidad biológica y social en la mujer. Así mismo, en los últimos veinte años, y sobre todo debido al surgimiento de la pandemia del VIH/SIDA, en todo el mundo se vienen realizando múltiples esfuerzos por controlar la incidencia de las ITS, pues está plenamente demostrado el efecto facilitador de la transmisión que ejercen las otras ITS respecto al VIH, incrementando la susceptibilidad y la infecciosidad, por lo cual, se ha visto por conveniente que, al controlar la presencia de las ITS diferentes del VIH, también estamos evitando la transmisión del VIH(59).

MANEJO DE CASOS DE LAS I.T.S

Las I.T.S pueden abordarse a través de diferentes enfoques o manejos. Los tres tipos de manejo en general son el manejo etiológico, el manejo clínico y el manejo sindrómico (59) (60).

El Manejo Etiológico

El diagnóstico se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia a través de pruebas serológicas, microbiológicas y otras de apoyo al diagnóstico. Durante mucho tiempo fue señalado como la manera más

adecuada de ofrecer servicio médico a los pacientes con ITS, debiendo contar para tal fin con el apoyo de un laboratorio que permita realizar exámenes diagnósticos precisos, lo que conlleva varias desventajas: Requiere laboratorios con equipos sofisticados, insumos costosos y personal altamente capacitado (59).

El Manejo Clínico

Otro manejo que se usa comúnmente es el manejo clínico. Está basado en la experiencia del examinador y en la elaboración del diagnóstico en base a la historia natural de una ITS. Sin embargo la experiencia ha demostrado que la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico para las ITS es pobre. Esto es debido a las diversas ITS que causan síntomas similares, por tanto el clínico puede escoger la etiología incorrecta para tratar o por infecciones mixtas (59).

El Manejo Sindrómico

La necesidad de implementar medidas efectivas para diagnóstico y tratamiento de las ITS ha obligado a desarrollar nuevas estrategias. Una de ellas es el Manejo Sindrómico para personas con síntomas de ITS, propuesto por la OMS. El manejo sindrómico busca ofrecer diagnósticos y tratamientos accesibles, adecuados y oportunos sin análisis de laboratorio costosos, en el lugar de la primera consulta, haciendo uso de recursos de laboratorio solo cuando estén disponibles, pero sin condicionar ni retardar la decisión terapéutica (59) (60).

Mediante el uso del manejo sindrómico de las ITS se busca dotar de una herramienta útil para la toma de decisiones terapéuticas que sea:

- Apropiaada a los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos de salud.
- De fácil uso por todos los proveedores de salud.
- Que garantice una inmediata y adecuada indicación terapéutica en el lugar del primer encuentro con el paciente, lo que significará administrar el tratamiento durante la primera consulta (que muchas veces es la única) (59).

HUÉSPED, es la persona que en circunstancia naturales permite la subsistencia o alojamiento de una agente causal de enfermedad. El Huésped es la persona privada de libertad con características sociodemográficas (edad, sexo, nivel de instrucción), situación jurídica, tipo de delito, número de reingreso (55) (56).

Para efectos de la investigación se considera las siguientes características sociodemográficas:

Edad: tiempo cronológico de vida de una persona transcurrida desde su nacimiento hasta el momento actual en que se realiza la recolección de datos (61).

La etapa adulta, es la etapa quizás más larga. En ella se asumen roles sociales y familiares y cada individuo se hace responsable de su vida y de quienes le acompañan en la conformación de la familia., lo que hace una población con riesgo a enfermar. El umbral del adulto joven se encuentra a los

18 años, edad en la que se ha completado el desarrollo biológico y se inicia la madurez del individuo, y concluye a los 40, donde se hacen evidentes los primeros signos de envejecimiento. El cuidado de la salud en el adulto significa estar atentos a señales que pueden constituir factores de riesgo y permiten el diagnóstico temprano de enfermedades propias de esta etapa (62).

Sexo: se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer. Los conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, pero estas características tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres. (63)

Grado de instrucción: Nivel de educación alcanzado en el transcurso de su vida una persona. Cuando menos educación haya tenido las personas, sus probabilidades de contraer enfermedades son mayores, pero esto no quiere decir que la educación por si misma sea la causa de una buena salud, sino que solamente es una indicadora de otros factores que pueden serlo; estos factores pueden incluir recursos económicos y hábitos de salud (64)

SITUACIÓN JURÍDICA.

Conjunto de derechos y deberes determinados o eventuales que el derecho atribuye a una persona colocada en ciertas condiciones. (65)

TIPO DE DELITO GENÉRICO

El delito es definido como una conducta, acción u omisión típica (descrita por la ley), antijurídica (contraria a Derecho) y culpable a la que corresponde una sanción denominada pena con condiciones objetivas de punibilidad (66).

MORBILIDAD

La cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de alguna enfermedad en una población (67).

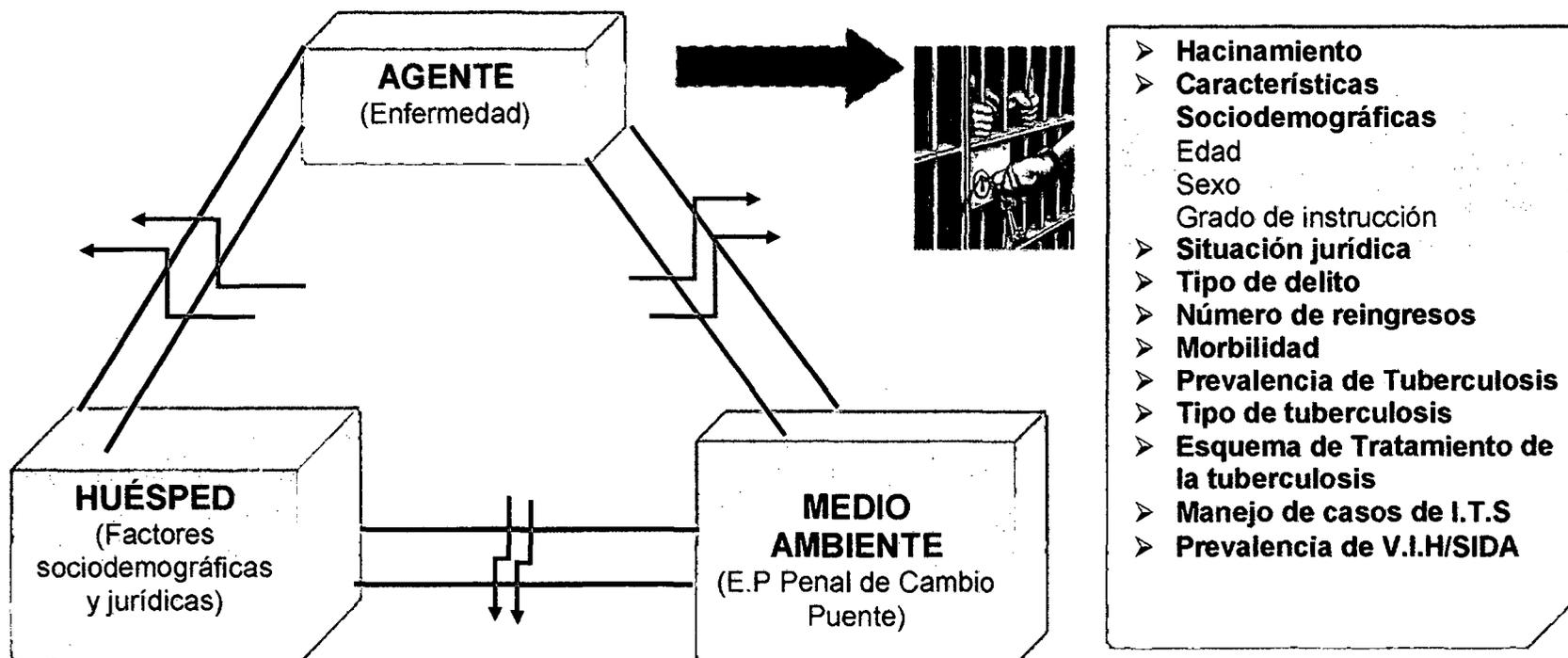
MEDIO AMBIENTE es el conjunto de condiciones e influencias externas que afectan la vida de un organismo (55) (56).

A pesar de que en el Enfoque Ecológico - Epidemiológico (triada epidemiológica) se tiene en cuenta el ambiente al definir la enfermedad como resultante de la interacción de tres elementos: agente, huésped y medio ambiente, el ambiente solo aparece como el escenario donde acontecen los sucesos. Este Enfoque apunta a la intervención curativa en el ambiente, siempre y cuando este sea el responsable de poner en contacto el agente y el huésped, como por ejemplo, si el agua de consumo tiene determinada bacteria patógena al hombre, entonces debe ser tratada antes de su consumo (69)

Por tanto, existe una relación entre los componentes de la Triada Epidemiológica que viene a ser el Huésped (persona privada de libertad), y el agente (enfermedad) y el medio ambiente (Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente), los que en términos generales deben aportar condiciones que se ajusten a su participación en el sistema. Cuando esta relación sufre una ruptura se produce el evento (enfermedad), los mismos que de acuerdo a sus características y variables nos van a denotar un determinado perfil que para efectos de la presente investigación va estar dado por el perfil epidemiológico de las personas privadas de libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente (70).

La interacción de los factores en cada uno de estas categorías produce la enfermedad, así mismo una modificación en cualquiera de los tres componentes afectara el equilibrio existente, aumentando o disminuyendo la frecuencia de la enfermedad. (57)

Perfil Epidemiológico de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente



**ESQUEMA DEL ENFOQUE ECOLÓGICO-EPIDEMIOLÓGICO ADAPTADO
A LA PRESENTE INVESTIGACION**

III. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio es epidemiológico de tipo descriptivo.

Descriptivo: Porque caracterizó el Perfil epidemiológico de las Personas Privadas de Libertad del establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Periodo 2010 – 2011.

Epidemiológico: Porque se determinó la prevalencia y características sociodemográficas de las personas privadas de libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

El diseño de estudio de la presente investigación es de tipo no experimental (descriptivo), y corresponde al siguiente esquema:



Dónde:

A= Población de estudio

O= Perfil epidemiológico de las Personas Privadas de Libertad. Penal de Cambio Puente.

t = Periodo 2010 – 2011.

3.3. POBLACIÓN:

La población estuvo conformada por el 100% (2010 $N_1 = 792$, 2011 $N_2 = 1076$) de Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

- **Unidad de Análisis:**

Persona Privada de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

- **Marco Muestral:**

Registro de ingreso de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

- **Criterio de Inclusión:**

Personas privadas de libertad de ambos sexos de 18 años a más.

- **Diseño Muestral:**

La muestra estuvo constituida por el total de la población (2010 $n_1 = 792$, 2011 $n_2=1076$), por ser técnica y económicamente factible.

- **Criterios Éticos:**

En el presente trabajo de investigación se consideró los siguientes criterios:

- ✓ *Confidencialidad*: Que es primordial en rigor y ética. Los secretos que son revelados por las Historias Clínicas no pueden ser expuestos y son confidenciales, sólo se utilizó para los fines de la investigación.
- Consentimiento informado: Consistió en la aceptación voluntaria de la institución de salud en autorizarnos la realización de la presente investigación, una vez conocida la finalidad del mismo.
- ✓ *Privacidad*: Se consideró desde el inicio de la investigación, explicando a la institución que los datos serán exclusivamente para los fines de investigación siendo anónima la publicación de resultados del estudio.
- ✓ *Daños, riesgos*: El estudio no tiene riesgo de vulnerabilidad personal para los participantes.
- ✓ *Intervención de la Abogacía*: Se aseguró la protección de los derechos de los participantes.

3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

A. Perfil Epidemiológico:

Patrón de presentación de daños a la salud que ocurre en una población. (41)

Para efectos del estudio se consideró los casos registrados en la Historias Clínicas sobre personas privadas de libertad en el cual se determinó la edad, sexo, grado de instrucción, área de residencia, tipo de delito, tiempo de reclusión, morbilidad, mortalidad, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA de las

Personas Privadas de Libertad, atendidos por el personal de salud del Penal de Cambio Puente. Período 2010 – 2011.

1. HACINAMIENTO

Se entendía como a la Sobrepoblación Crítica, es decir, cuando la densidad penitenciaria supera al 120 % a la capacidad del establecimiento penitenciario (52).

$$\text{Hacinamiento} = \left[\frac{\text{Población}}{\text{Capacidad de albergue}} \times 100\% \right] - 120\%$$

2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD:

Tiempo cronológico de vida de una persona transcurrida des de su nacimiento hasta el momento actual en que se realiza la recolección de datos (61).

Escala de medición Nominal:

- De 18 - 19 años
- De 20- 24 años
- De 25 - 29 años
- De 30 - 39 años
- De 40 - 49 años
- De 50 - 54 años
- De 55 - + años

SEXO:

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer (63).

Escala de medición nominal:

- Masculino
- Femenino

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos (64).

Escala de medición nominal:

- Sin instrucción
- Primaria
- Secundaria
- Superior

3. SITUACIÓN JURÍDICA

Conjunto de derechos y deberes determinados o eventuales que el derecho atribuye a una persona colocada en ciertas condiciones (65).

Escala de medición nominal:

- Sentenciados
- Procesados

4. TIPO DE DELITO GENÉRICO :

El delito es definido como una conducta, acción u omisión típica (descrita por la ley), antijurídica (contraria a Derecho) y culpable a la que corresponde una sanción denominada pena con condiciones objetivas de punibilidad (66).

Escala de medición nominal:

- Delitos contra la vida, el cuerpo y la salud
- Delitos contra el honor
- Delitos contra la familia
- Delitos contra la libertad
- Delitos contra el patrimonio
- Delitos contra la confianza y la buena fe en los negocios
- Delitos contra el patrimonio cultural
- Delitos contra el orden económico
- Delitos tributarios
- Delitos contra la seguridad pública
- Delitos ambientales la tranquilidad pública
- Delitos contra los poderes del estado y el orden constitucional
- Delitos contra la voluntad popular
- Delitos contra la fe pública
- Delitos contra los derechos intelectuales
- Delitos contra la humanidad
- Delitos contra el estado y la defensa nacional
- Delitos contra la administración

- Delitos contra el orden financiero y monetario
- Leyes especiales

5. NÚMERO DE REINGRESOS

Escala de medición nominal:

- 1 vez
- 2 veces
- 4 veces
- 5 veces
- 6 veces
- 7 veces
- 8 a más veces

6. MORBILIDAD :

Morbilidad es la cantidad de personas que son considerados enfermos o víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados (67).

Escala de medición nominal:

- Enfermedades infecciosas
- Infecciones del sistema respiratorio
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades de la piel
- Enfermedades cardiocirculatorio
- Trastornos mentales y del comportamiento
- Enfermedades del sistema nervioso central

- Enfermedades de los sentidos
- Sistema locomotor y tejido conectivo
- Enfermedades del sistema genitourinario
- Enfermedades del sistema endocrino

7. PREVALENCIA TUBERCULOSIS:

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* (bacilos de Koch) (58).

Escala de medición nominal:

- Presentan tuberculosis
- No presentan tuberculosis

8. TIPOS DE TUBERCULOSIS :

A pesar de que la localización pulmonar es la más frecuente, la bacteria de la tuberculosis se puede localizar en otros lugares del organismo (23).

Escala de medición nominal:

- Tuberculosis Pulmonar
- Tuberculosis Extrapulmonar

9. ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS:

Tratamientos con asociación de medicamentos de alta eficacia que eviten la selección de mutantes resistentes, y, por lo tanto, la aparición de fracasos.

Escala de medición nominal:

- Esquema I
- Esquema II
- MDR
- MDR individualizado

10. MANEJO DE CASOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se adquieren preferentemente por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Algunas ITS también pueden ser transmitidas de la madre al hijo (durante la gestación, el parto o la lactancia) y por transfusiones de sangre. VIH es el virus que cuando no se trata, se convierte en SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Las principales ITS son la Gonorrea, Tricomoniasis, Sífilis, Herpes, Hepatitis B, Verrugas Genitales, Ladillas, entre otras.

Manejo Sintomático:

Escala de medición:

- Flujo vaginal
- Descarga uretral
- Úlcera genital
- Dolor abdominal bajo
- Bubón inguinal

Manejo Etiológico

Escala de medición nominal:

- Gonorrea
- Tricomoniasis
- Herpes genital
- Sífilis
- Verrugas genitales
- Otros

11. PREVALENCIA DE VIH/SIDA

El VIH es un virus que infecta las células del sistema inmune y destruye o deteriora su función. La infección con el VIH da como resultado una destrucción progresiva del sistema inmune que lleva a la "inmunodeficiencia" (31).

Escala de medición:

- Presentan
- No presentan

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para conocer el Perfil Epidemiológico de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente, se consideró la técnica de análisis de contenido con el siguiente instrumento de recolección de datos:

A. Ficha Epidemiológica de las personas privadas de libertad del Penal de Cambio Puente (Anexo Nro. 01).

En el presente instrumento se empleó para determinar el Perfil Epidemiológico de las Personas Privadas de Libertad del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente. Periodo 2010 – 2011

Está basado en las Historias Clínicas de las personas privadas de libertad del Penal de Cambio Puente.

Está organizado en once parámetros, que se describen a continuación:

- Datos generales de las personas privadas de libertad (4 ítems)
- Situación jurídica (2 ítems)
- Tipo de delito genérico (20 ítems)
- Número de reingresos (8 ítems)
- Morbilidad (11 ítems)
- Prevalencia de tuberculosis (2 ítems)
- Tipos de tuberculosis (2 ítems)
- Esquema de tratamiento de la tuberculosis (4 ítems)
- Manejo de casos de las Infecciones de transmisión sexual (2 ítems)
- Prevalencia de VIH/SIDA (2 ítems)

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

A través de la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, se solicitó el permiso a la Dirección del Establecimiento Penitenciario Penal de Cambio Puente, por el cual se obtuvo acceso a las historias clínicas de las personas privadas de libertad durante los años 2010 - 2011, teniendo en cuenta nuestros criterios de inclusión.

Las Fichas Epidemiológicas fueron aplicadas por los investigadores, llegando a emplear 30 días para recolectar todos los datos. Se consideró aquellas que sus fichas estén correcta y completamente llenados según cada ítem señalado en el anexo N° 01.

3.7. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Se realizó en el Software EPIINFO, para la base de datos y análisis estadístico y epidemiológico, previa codificación de los indicadores según definición operacional. Aplicando el análisis estadístico y epidemiológico descriptivo (frecuencia absolutas, frecuencias relativas, desviación estándar, prevalencia), con presentación de tablas unidimensionales y bidimensionales.

Las figuras se realizaron en el software HARVARD GRAPHICS, según las variables en estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA Nro. 01: INDICE DE HACINAMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

Año	Capacidad de albergue C	Población Penal P	Sobre población $P - C = S$	Sobre población %S	Indice de Hacinamiento %P > 120%
2010	500	792	292	58.4	38.4
2011	500	1076	576	115.2	95.2

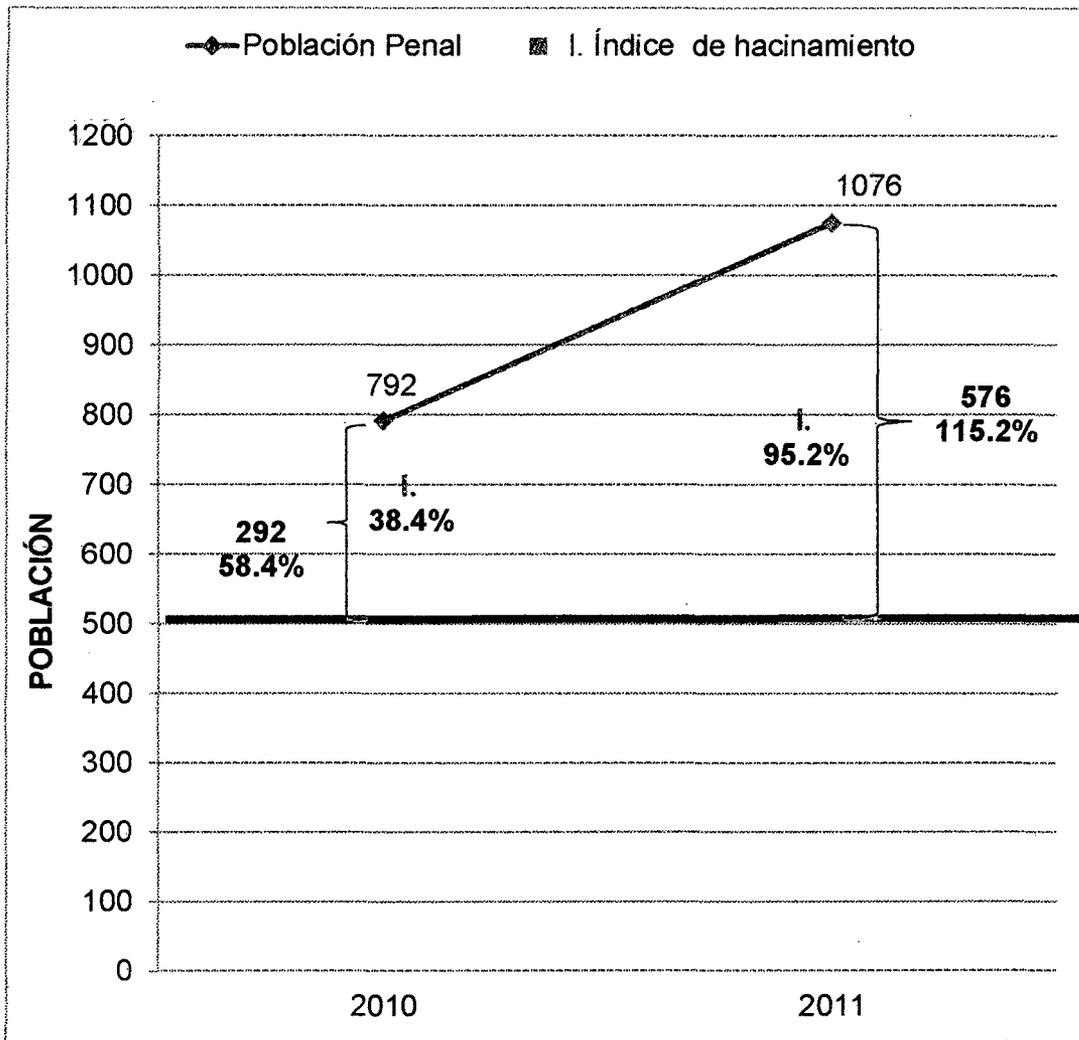


Figura Nro. 01: INDICE DE HACINAMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 02: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	2010		2011	
	fi	hi	fi	hi
TOTAL	792	100.0	1076	100.0
Edad				
Dē 18 - 19 años	16	2.0	17	1.6
De 20 - 24 años	123	15.5	157	14.6
De 25 - 29 años	165	20.8	210	19.5
De 30 - 39 años	254	32.1	336	31.2
De 40 - 49 años	146	18.5	222	20.6
De 50 - 54 años	42	5.3	69	6.4
De 55 - + años	46	5.8	65	6.1
Promedio ± DS		34.6 ±		34.5 ± 10.2
	10.8			
Sexo				
Masculino	757	95.6	1031	95.8
Femenino	35	4.4	45	4.2
Grado De Instrucción				
Sin Instrucción	17	2.1	23	2.1
Primaria	220	27.8	301	28.0
Secundaria	520	65.7	705	65.5
Superior	35	4.4	47	4.4

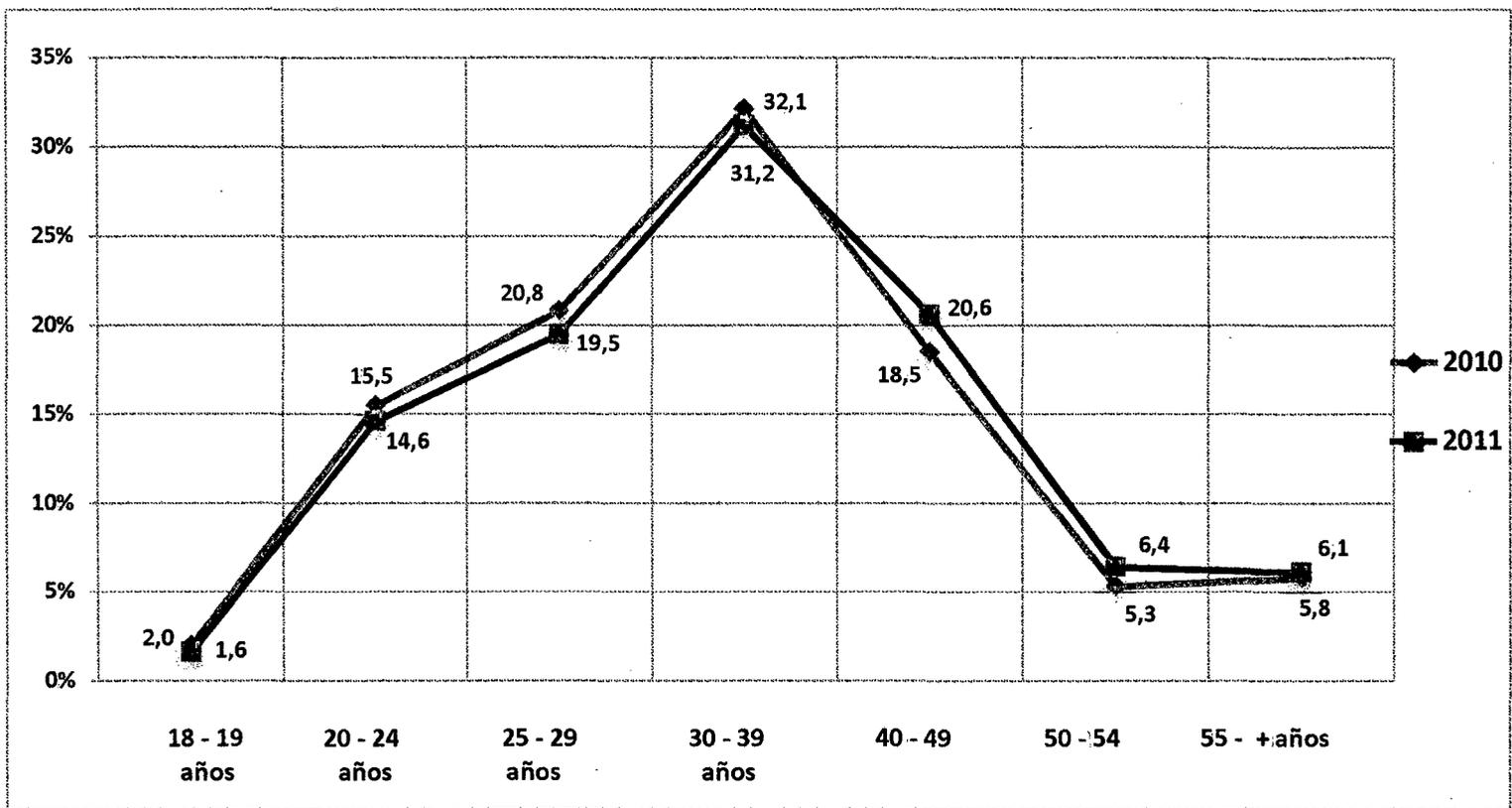


Figura Nro. 02-A: EDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 – 2011

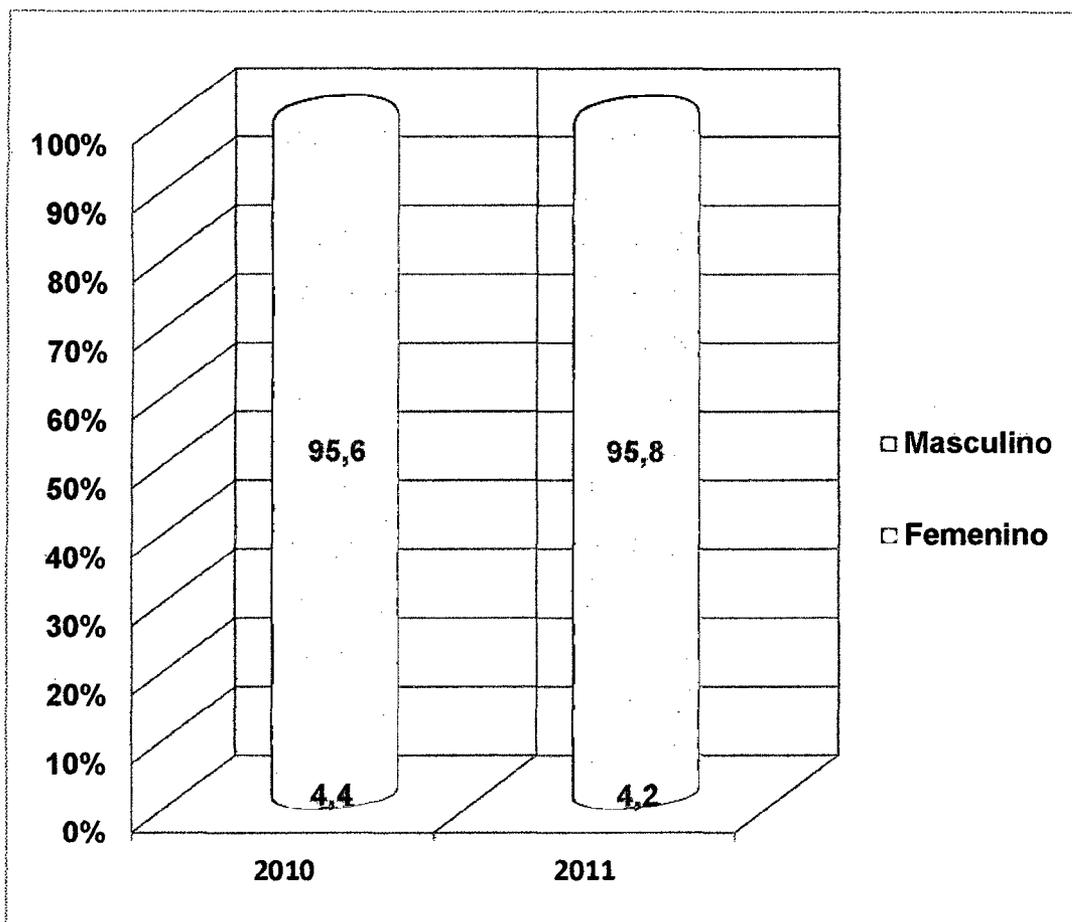


Figura Nro. 02-B: SEXO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

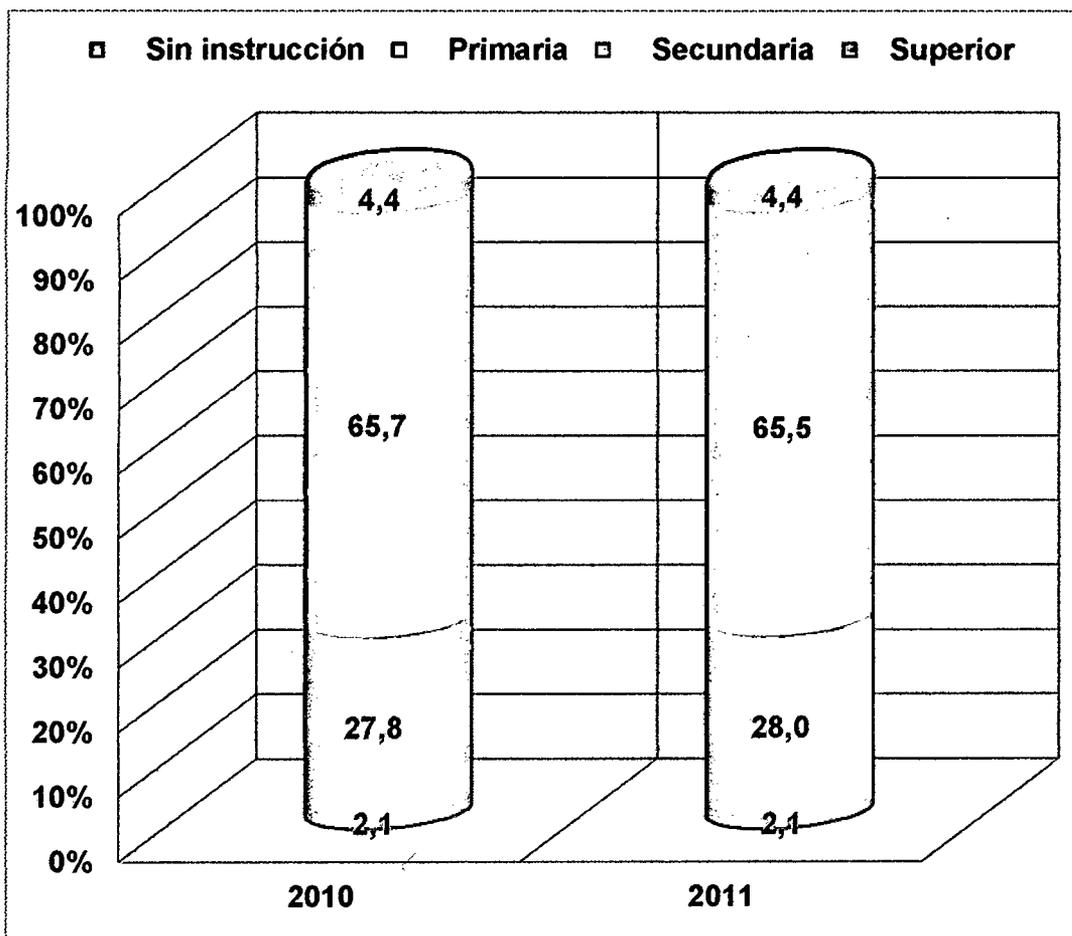


Figura Nro. 02-C: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 03: SITUACIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

SITUACIÓN JURÍDICA	2010		2011	
	fi	hi	fi	hi
Sentenciados	450	56.8	609	56.6
Procesados	342	43.2	467	43.4
TOTAL	792	100.0	1076	100.0

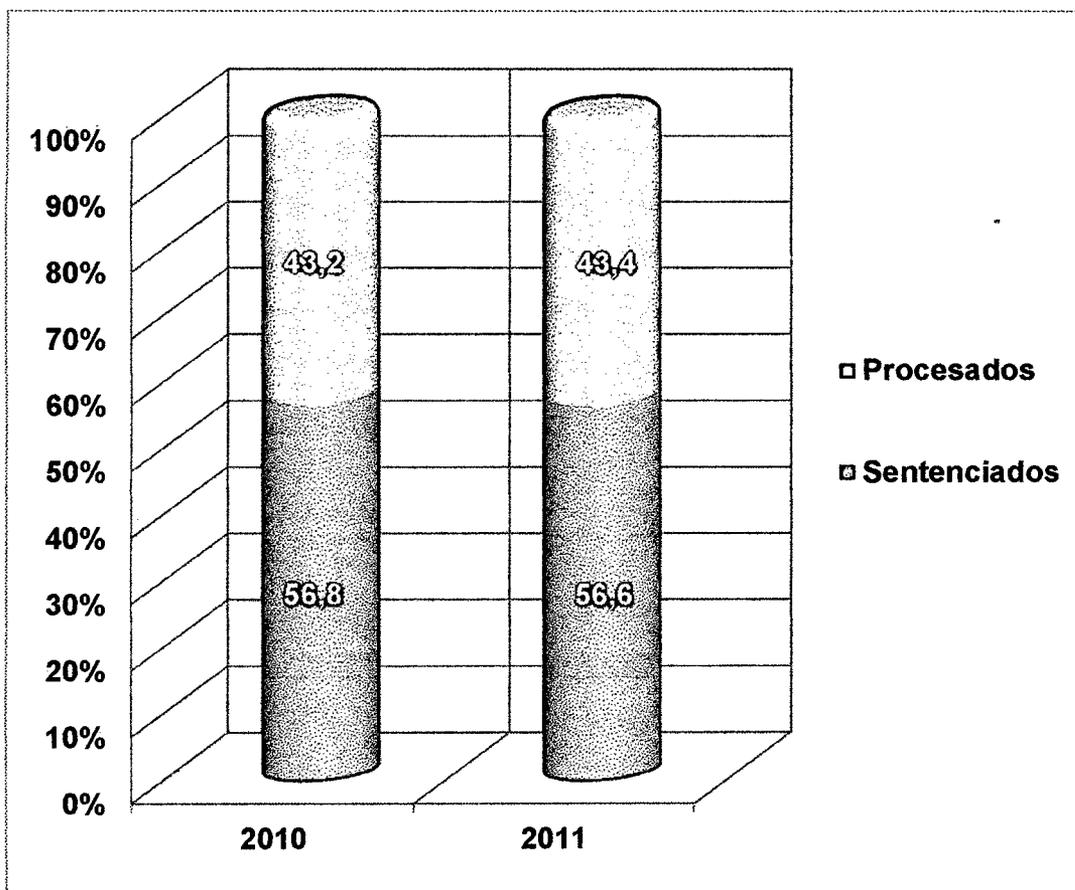


Figura Nro. 03: SITUACIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 04: TIPO DE DELITO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TIPO DE DELITO	2010		2011	
	fi	hi	fi	hi
Delito contra el patrimonio	369	46.6	497	46.2
Delito contra la seguridad pública	164	20.7	220	20.4
Delito contra la libertad	156	19.7	218	20.3
Delito contra la vida, el cuerpo y la salud	81	10.2	95	8.8
Delito contra la familia	15	1.9	18	1.7
Otros	7	0.9	28	2.6
TOTAL	792	100.0	1076	100.0

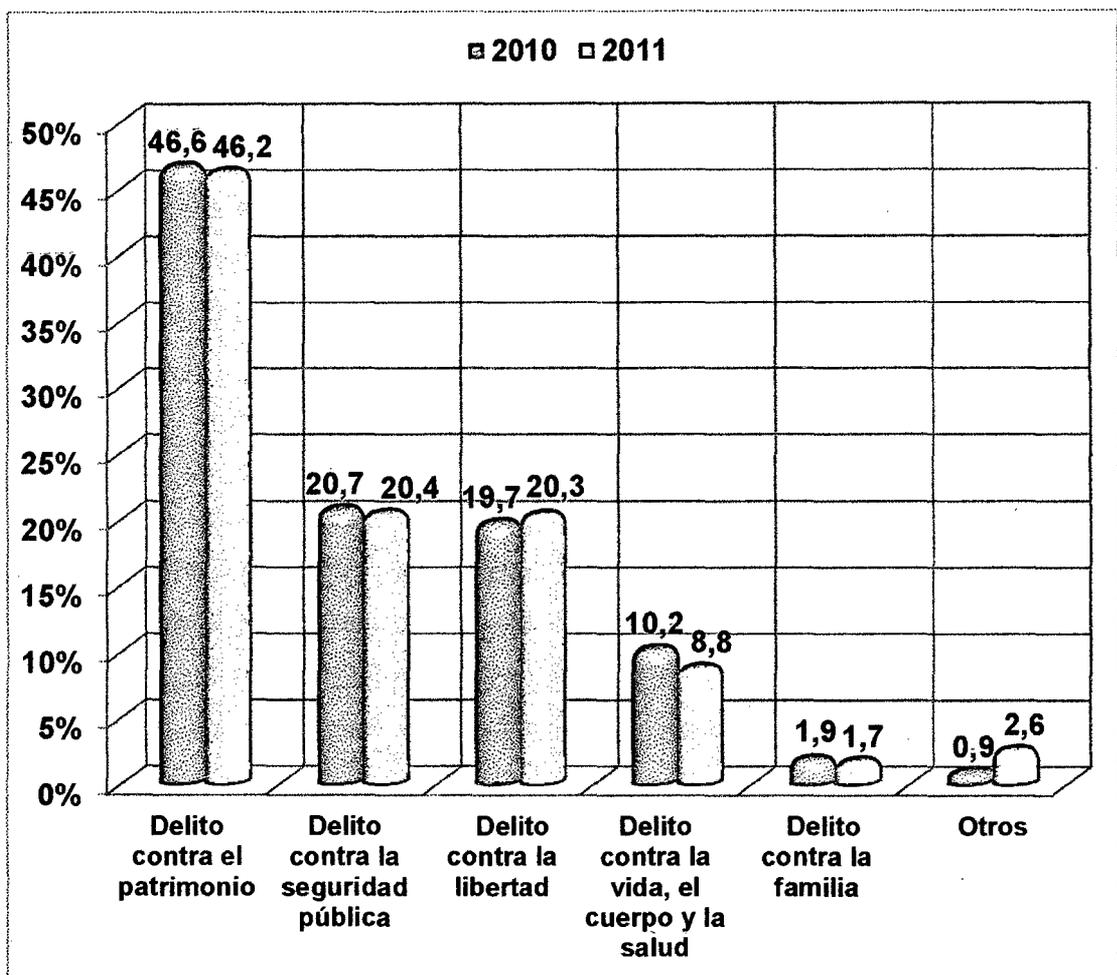


Figura Nro. 04: TIPO DE DELITO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 05: NÚMERO DE REINGRESOS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

NÚMERO DE REINGRESOS	2010		2011	
	fi	hi	fi	hi
1 vez	439	55.4	617	57.4
2 veces	166	21.0	250	23.2
3 veces	78	9.9	87	8.1
4 veces	50	6.3	59	5.5
5 veces	26	3.3	25	2.3
6 veces	13	1.6	15	1.4
7 veces	7	0.9	9	0.8
8 a más veces	13	1.6	14	1.3
TOTAL	792	100.0	1076	100.0

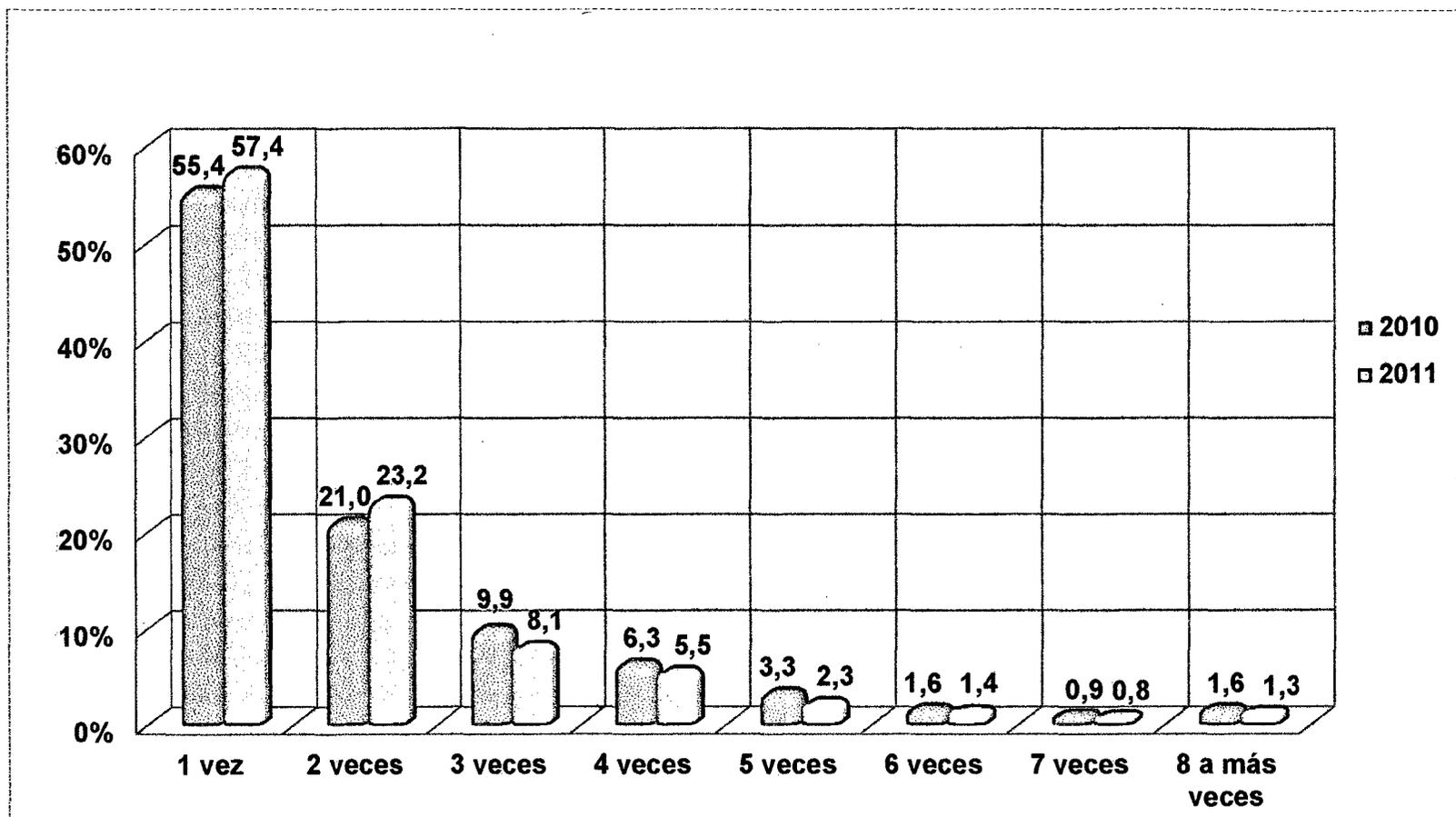


Figura Nro. 05: NÚMERO DE REINGRESOS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 06: MORBILIDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

MORBILIDAD	2010		2011	
	fi	hi	fi	hi
Enfermedades infecciosas	637	23.8	898	22.4
Enfermedades del sistema respiratorio	949	35.5	1501	37.5
Enfermedades del sistema digestivo	207	7.7	215	5.4
Enfermedades de la piel	96	3.6	162	4.0
Enfermedades cardiocirculatorio	63	2.4	94	2.3
Trastornos mentales y del comportamiento	129	4.8	171	4.3
Enfermedades sistema nervioso central	131	4.9	295	8.1
Enfermedades de los sentidos	76	2.8	87	2.2
Sistema locomotor y tejido conectivo	250	9.3	280	7.0
Enfermedades del sistema genitourinario	80	3.0	143	3.6
Enfermedades del sistema endocrino	58	2.2	127	3.2
TOTAL	2676	100.0	3973	100.0

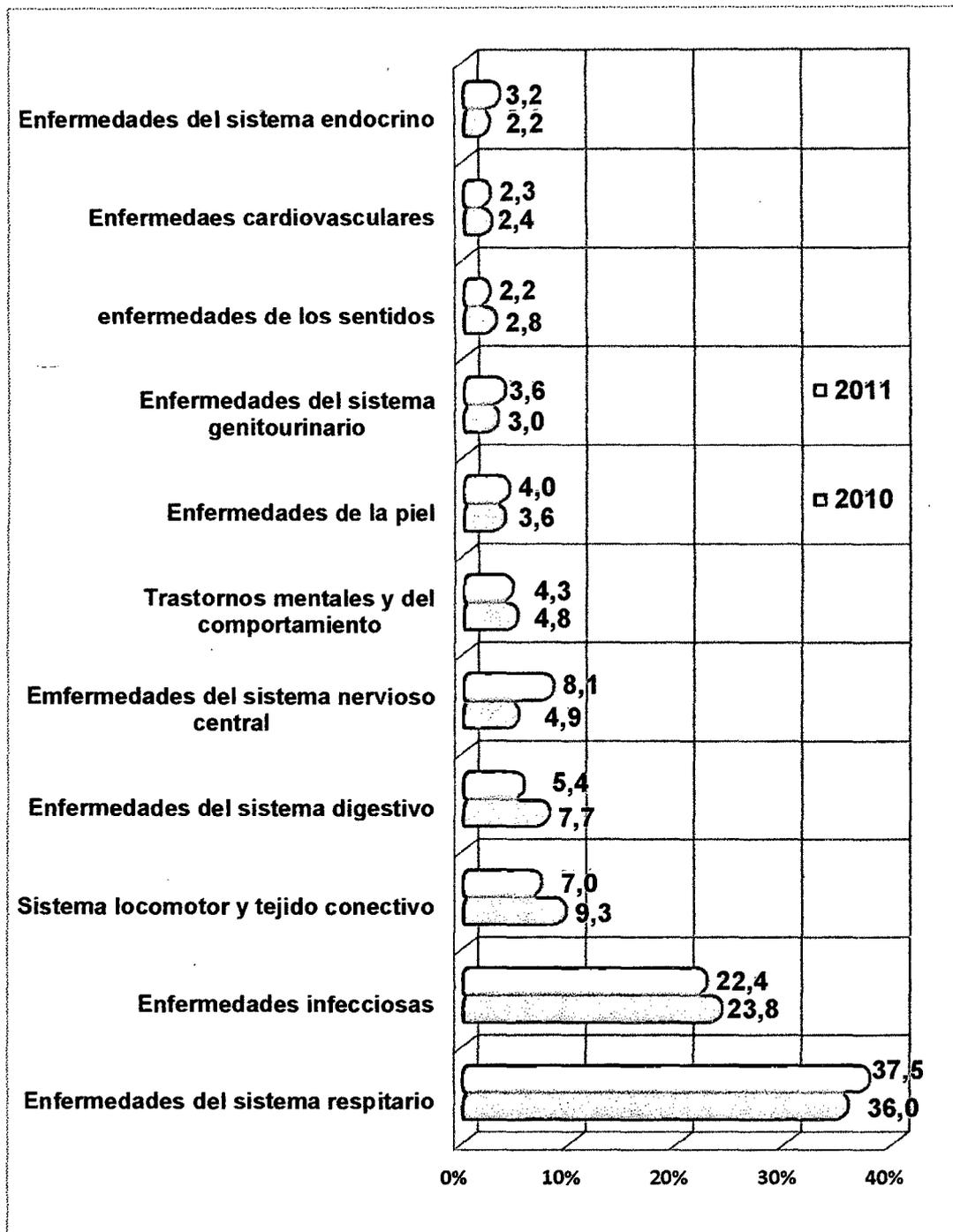


Figura Nro. 06: MORBILIDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 07: PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

Año	CASOS DE TUBERCULOSIS	POBLACIÓN PENAL	PREVALENCIA (X1000)
2010	14	792	17
2011	23	1076	21

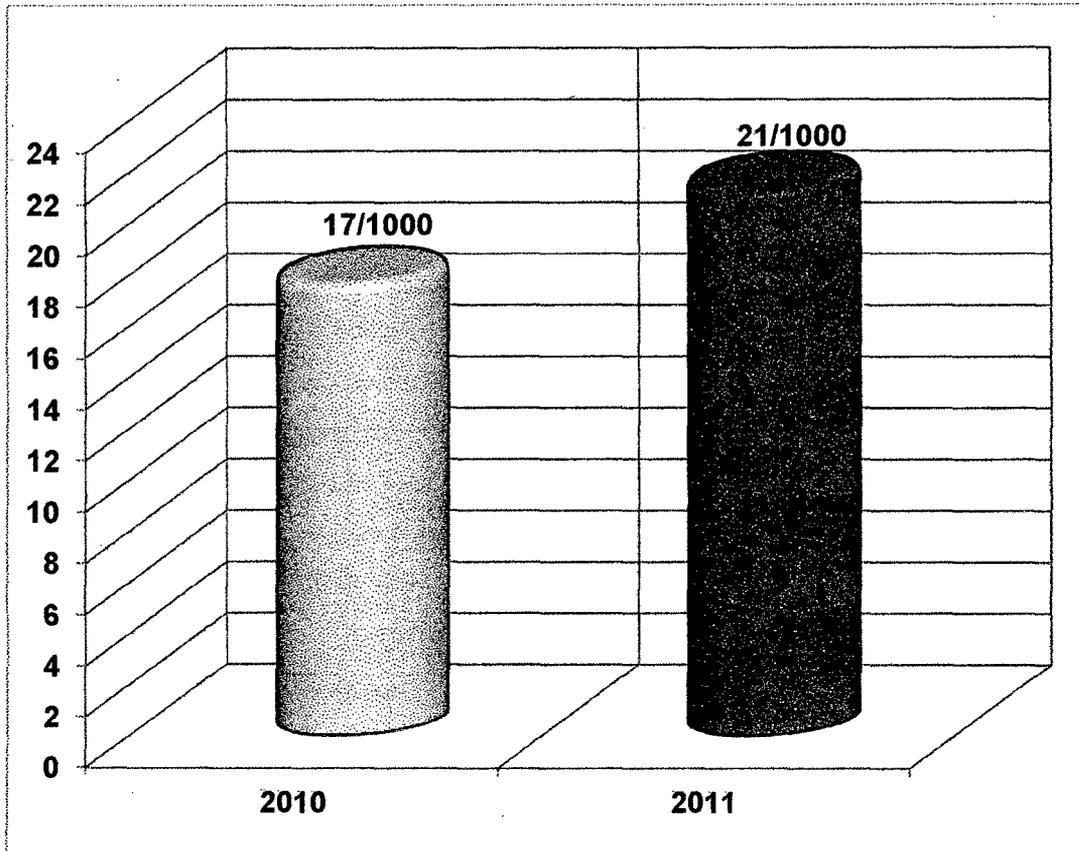


Figura Nro. 07: PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 08: TIPO DE TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TIPO DE TUBERCULOSIS	2010		2011	
	fi	hi	fi	hi
Pulmonar	12	85.7	22	95.7
Extra-pulmonar	2	14.3	1	4.3
TOTAL	14	100.0	23	100.0

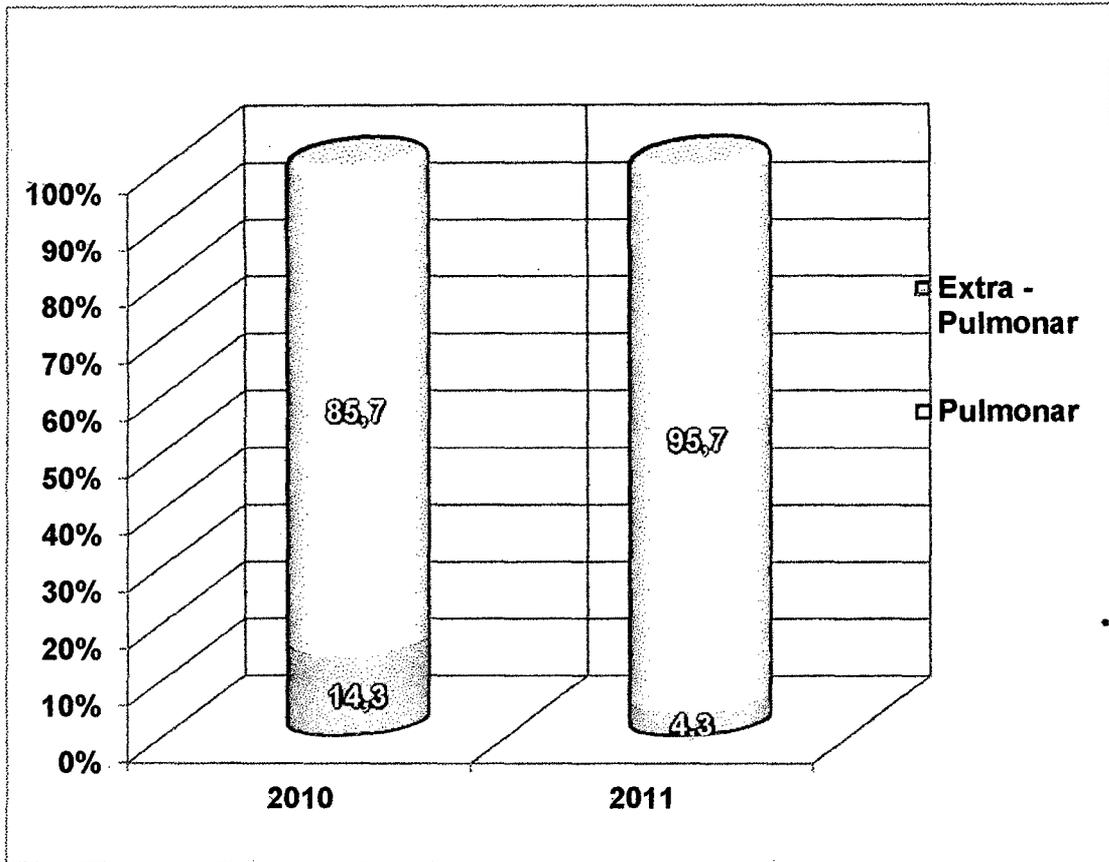


Figura Nro. 08: TIPO DE TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 09: ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO	2010		2011	
	fi	hi	fi	hi
Esquema I	12	85.7	23	100.0
Esquema II	2	14.3	0	0.0
MDR	0	0.0	0	0.0
MDR Individualizado	0	0.0	0	0.0
TOTAL	14	100.0	23	100.0

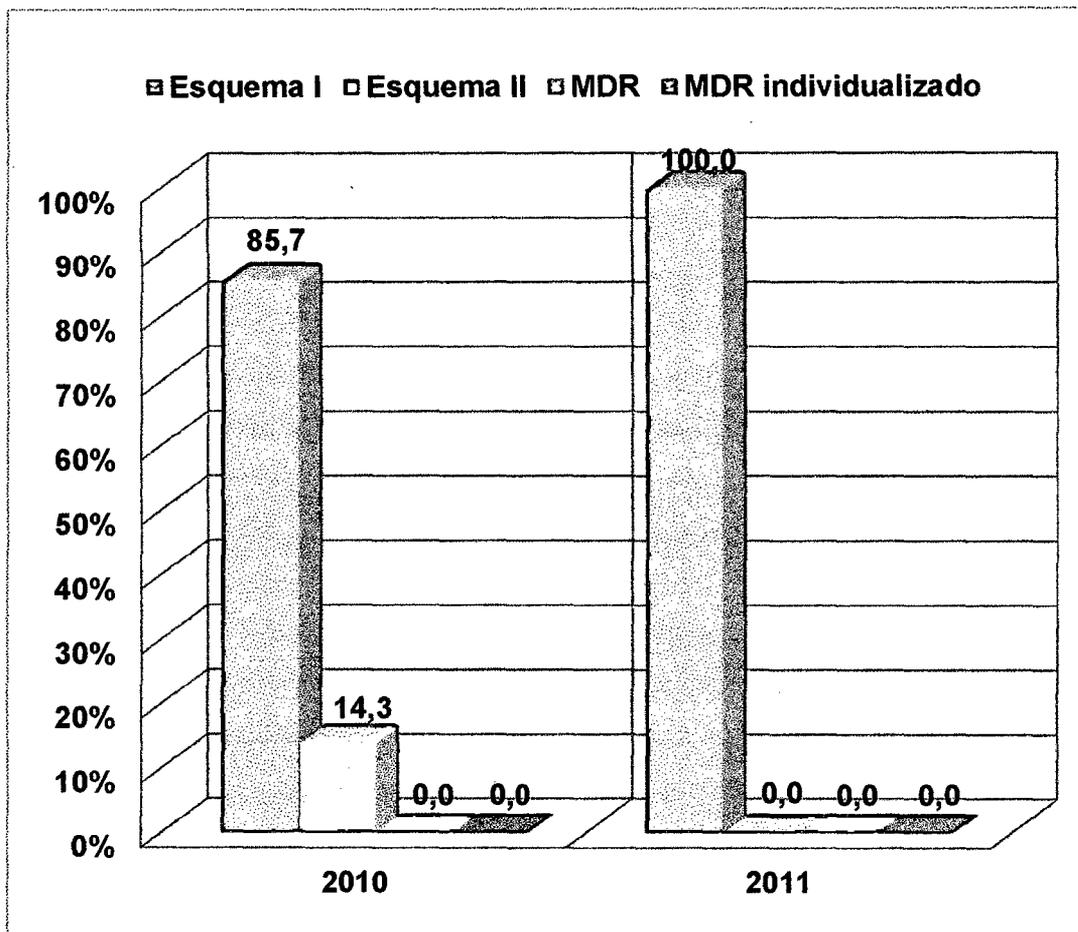


Figura Nro. 09: ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 10: CASOS DE LAS ITS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

MANEJO DE CASOS DE LAS ITS	2010		2011	
	fi	hi	fi	hi
Manejo Sintomático				
Flujo vaginal	32	71.1	26	56.5
Descarga Uretral	8	17.8	5	10.9
Úlcera genital	4	8.9	8	17.4
Dolor abdominal bajo	1	2.2	5	10.9
Bubón inguinal	0	0.0	2	4.3
Total	45	100.0	46	100.0
Manejo Etiológico				
Herpes genital	21	56.8	18	58.1
Sífilis	9	24.3	10	32.2
Verruga genital	7	18.9	3	9.7
Total	37	100.0	31	100.0

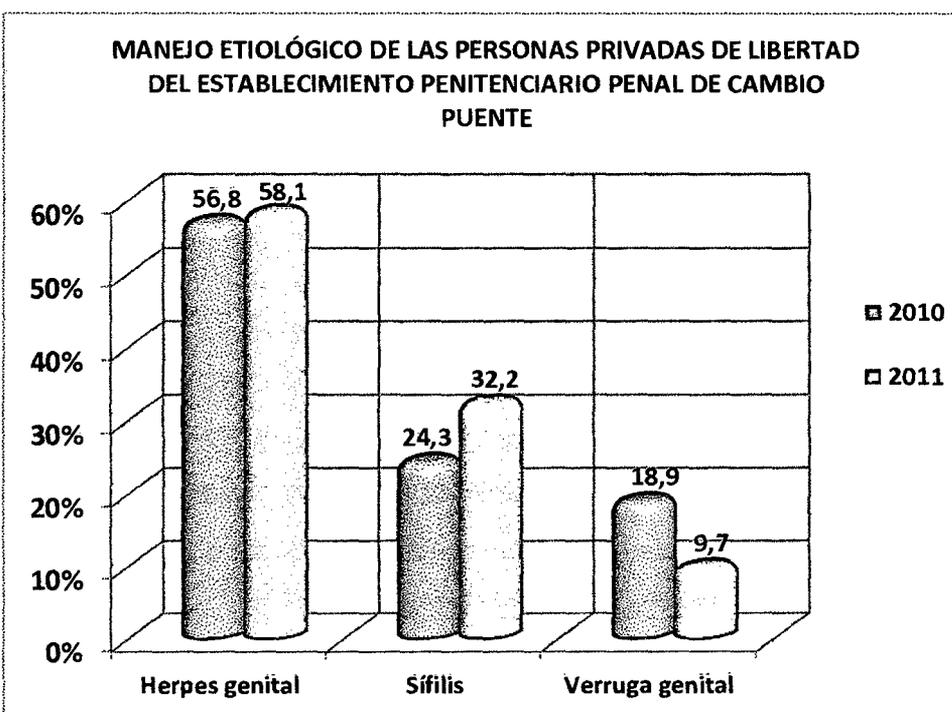
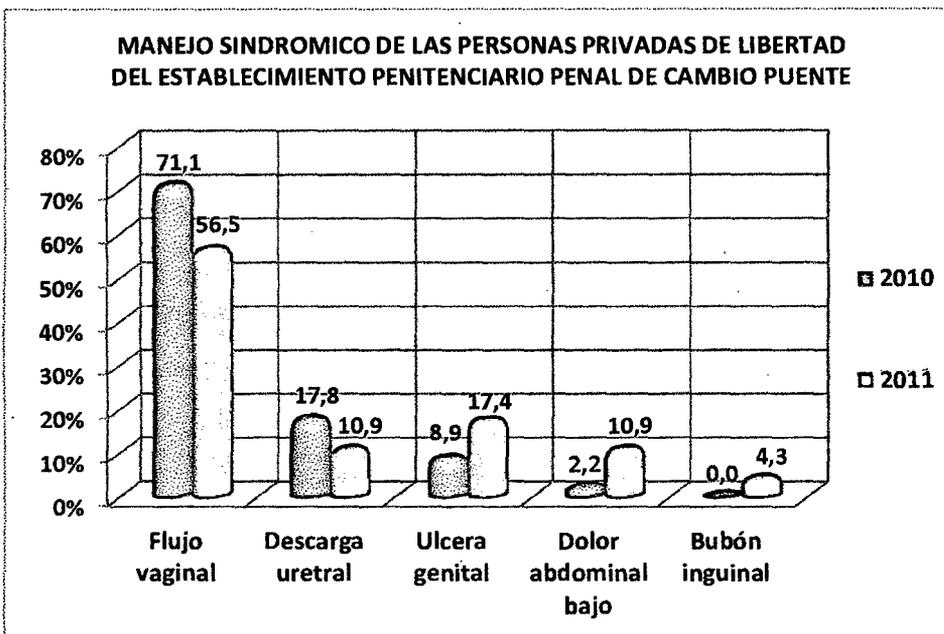


FIGURA Nro. 10: CASOS DE LAS ITS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

TABLA Nro. 11: PREVALENCIA DE VIH/SIDA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

Año	CASOS DE VIH/SIDA	POBLACIÓN PENAL	PREVALENCIA (X1000)
2010	6	792	7
2011	7	1076	6

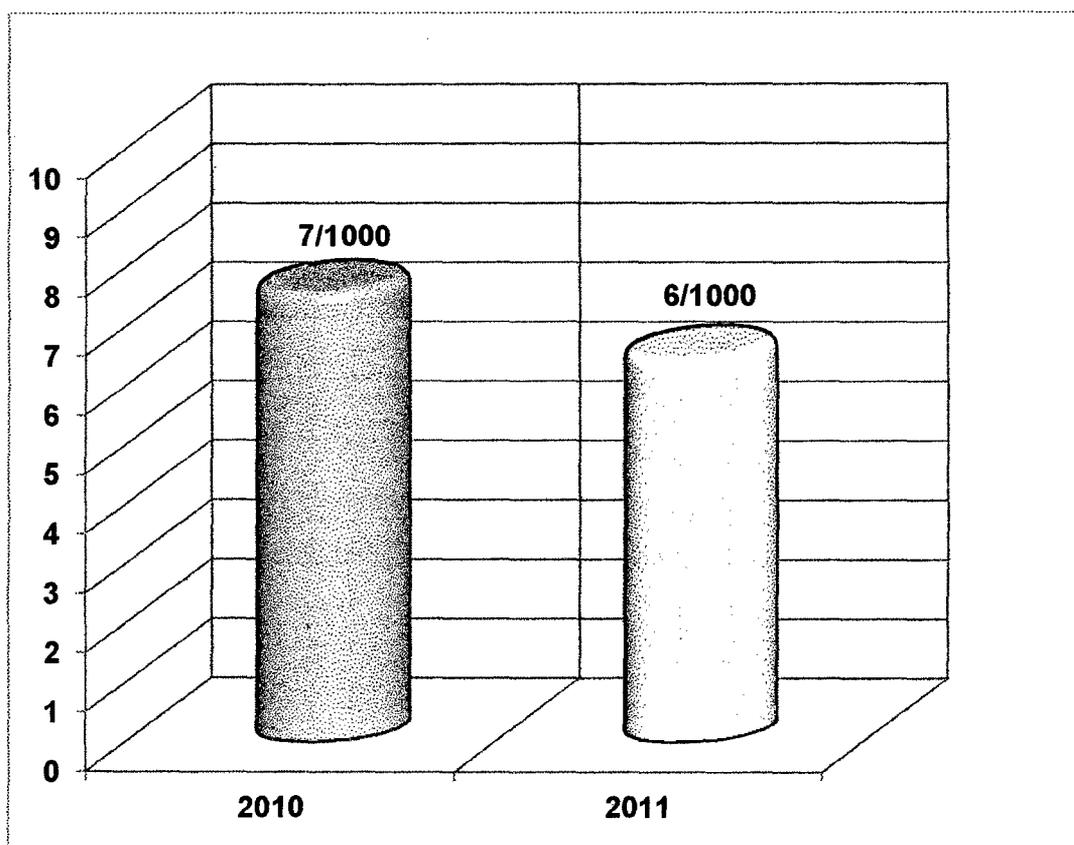


Figura Nro. 11: PREVALENCIA DE VIH/SIDA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PENAL DE CAMBIO PUENTE. PERÍODO 2010 - 2011.

4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

TABLA Nro. 01, sobre el hacinamiento de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente. Periodo 2010 - 2011, se observa un mayor índice de hacinamiento en el año 2011 (95.2%) con una sobre población de 576 (115.2%) personas privadas de libertad, seguido del año 2010 con un menor índice de hacinamiento (38.4%) con una sobrepoblación de 292 (58.4%).

Los resultados se relacionan con lo reportado por Presidencia República de Uruguay (41), quien encontró un 78.3% de índice de hacinamiento en el Complejo Carcelario de Santiago Vázquez y un 38% en la Cárcel de Mujeres pero es mayor en la Cárcel Departamental de Rivera y la Cárcel Departamental de Maldonado con índices de hacinamiento del 170% y 136.7% respectivamente.

Asimismo los resultados también difieren con el estudio de la Comisión Episcopal de Acción Social (28), Posada, A. y Díaz, M. (42) y el Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile (53), quienes reportaron altos índices de hacinamiento.

Desde el punto de vista de la salud pública, el hacinamiento se trata de una de las principales causas de diseminación de enfermedades y del aumento de la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, del

SIDA y de otras como la tuberculosis, las enfermedades mentales y las hepatitis (19).

El hacinamiento ha llegado a niveles intolerables, producto del incremento de la población carcelaria, del estancamiento en la construcción de nuevas infraestructuras o ya sea porque la administración de la justicia es corrupta o ineficiente, utilizando en forma excesiva la detención preventiva manteniendo a las personas acusadas privadas de libertad por meses e incluso por años. (4) (12).

El hacinamiento dificultan el normal desempeño de funciones esenciales de los sistemas penitenciarios tales como la salud, la higiene, la alimentación, la seguridad, el régimen de visitas, dificulta la capacidad de las autoridades de gestionar los centros penitenciarios, agrava la violencia intracarcelaria, propicia el contagio de enfermedades, y la infraestructura se deteriora rápidamente (4)(16).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, entre otras instituciones internacionales de protección de los derechos humanos, ha definido el hacinamiento carcelario como un trato cruel, inhumano o degradante hacia las personas privadas de la libertad (11).

TABLA Nro. 02, sobre las características sociodemográficas de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente. De un total de 792 (2010) y 1076 (2011), se observa lo siguiente:

Respecto a la **edad** de las personas privadas de libertad, prevalece de 30 a 39 años de edad (año 2010 32.1%, año 2011 31.2%); para el año 2010 siguen los de 25 a 29 años de edad con el 20.8% a diferencia del año 2011 que es seguido por los de 40 a 49 años de edad con el 20.6%. El promedio de edad en los dos años de estudio es similar (34.6 ± 10.8 años de edad en el 2010 y 34.5 ± 10.2 años de edad en el 2011).

Los resultados son similares con lo reportado por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú (56), quien en su informe 2011 reportó que la mayor concentración de la población penal nacional se encuentra entre 30 y 49 años con el 51.68%. El 36.54% (de 18 a 29 años de edad) es joven y económicamente productiva.

Los resultados difieren con el estudio de Posada A.; Díaz M. (42), quienes reportaron que para el año 2005 entre la población penal masculina de Venezuela predominan las personas entre 18 a 30 años (60.6%), frente a las personas mayores de 30 años (38,4%). La mayoría de la población reclusa femenina son mujeres con edades que oscilan entre 20 a 30 años.

De igual manera los resultados difieren con el estudio del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia (47), quien informó que el 25 % de la población penitenciaria nacional de hombres está entre 18 y 28 años. Así mismo el 25 % de la población de mujeres está entre 17 y 26 años por lo que observó que no hay una diferencia significativa en la

distribución entre hombres y mujeres

Sobre el **sexo** de las personas privadas de libertad, predomina el sexo masculino (año 2010 95.6%, año 2011 95.8%) seguido con menor proporción por el sexo femenino (año 2010 4.4%, año 2011 4.2%)

Los resultados son similares con lo reportado por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal de México (15), la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA (38), Presidencia República Oriental de Uruguay (41), Posada A. y Díaz M. (42), el Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile (53) y el Instituto Nacional Penitenciario (56) en quienes también predomina el sexo masculino.

Sobre el **grado de instrucción** de las personas privadas de libertad, prevalece el grado de instrucción secundaria (año 2010 65.7%, año 2011 65.5%), seguido el grado de instrucción primaria (año 2010 27.8%, año 2011 28%), con grado de instrucción superior (año 2010 y 2011 4.4%) y sin grado de instrucción (año 2010 y 2011 2.1%).

Los resultados son similares con el estudio de Macri, T. y; Berthier, V. (40), Posada, A. y Díaz, M. (42) y, Mejía, L.; Hernández, J. y; Nieto, E. (43) quienes encontraron mayor proporción de personas con grado de instrucción secundaria.

TABLA Nro. 03: Sobre la situación jurídica de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente Período 2010 - 2011. Se observa un mayor prevalencia relativa de sentenciados (año 2010 56.8%, año 2011 56.6), seguido por personas procesadas (año 2010 43.2%, año 2011 43.4%).

Los resultados se relacionan con lo reportado por Instituto Nacional Penitenciario (52), quien en su informe 2011 reportó que el penal de Piura tiene el 43,3% de procesados frente a sentenciados 56.7% pero difiere con los penales de Cañete, Huacho y Huaral que tienen más del 70% de personas en condición de procesados, incluso en la mayoría de los penales se están llegando a niveles de más del 50% de procesados.

Los resultados difieren con el estudio de Mejía, L.; Hernández, J. y; Nieto, E. (43), quien encontró un 78.8% de mujeres en condición jurídica de procesadas y asimismo difiere con el estudio de URVIO, Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana (12), quien en su informe reportó que cerca del 70% de la poblacional nacional de Ecuador y Perú tienen la condición jurídica de procesada.

De igual manera los resultados difieren con el estudio de la Comisión Episcopal de Acción Social (28), Presidencia Republica Oriental de Uruguay (41), y Programa venezolano de Educación - Acción en Derechos Humano (46), quienes encontraron alta proporción de personas con situación jurídica de procesados.

Otra de las características de los sistemas penitenciarios latinoamericanos es el elevado número de personas privadas de libertad sin condena. En la mayoría de los países de la región, los sistemas judiciales utilizan en forma excesiva la detención preventiva manteniendo a las personas acusadas privadas de libertad por meses e incluso por años, antes de ser sentenciadas o declaradas inocentes, registrándose en varios países de América Latina alarmantes tasas de personas privadas de libertad sin condena (4) (11).

Las personas privadas de libertad sin sentencia llenan cada vez más las prisiones de América Latina, sea porque la administración de la justicia es ineficiente o corrupta. Este tipo de detención abarrotada las cárceles de manera innecesaria y establece una inserción socialmente diferenciada a la justicia (13).

El fenómeno del preso sin condena en América Latina sigue siendo endémico, y las cifras son en algunos casos alarmantes, existiendo países en los cuales el porcentaje de personas presas sin condena supera el 70% (por ej. Honduras, Uruguay) (4).

TABLA Nro. 04: Sobre el tipo de delito de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente.

- Período 2010 - 2011. Se observa mayor casos de delitos contra el patrimonio (año 2010 46.6%, año 2011 46.2%); seguido con casos de

delito contra seguridad pública (año 2010 20.7%, año 2011 20.4%) y casos de delito contra la libertad (año 2010 19.7%, año 2011 20.3%).

Los resultados son similares con el estudio de la Presidencia de la República Oriental de Uruguay (41), quien reportó que el 45,6% de mujeres esta por los delitos contra la propiedad seguido del 27,4% contra la vida e integridad física, 24.5% contra la salud pública y 2.5% otros.

Los resultados son similares con el estudio de la Comisión Episcopal de Acción Social (28) y Programa venezolano de Educación - Acción en Derechos Humanos (46), quienes reportaron que la mayoría de personas privadas de libertad se ubica en los siguientes grupos de modalidades delictivas: delitos contra el patrimonio, tráfico ilícito de drogas, contra la vida el cuerpo y la salud, y otros delitos.

Los delitos más frecuentes son aquellos contra la vida y la integridad personal, contra el patrimonio económico, por tráfico de narcóticos y contra la seguridad pública (42).

Los factores asociados a la comisión de delitos por parte de los jóvenes están referidos a problemas de acceso a oportunidades de estas poblaciones y a variables de abandono escolar, falta de trabajo, pobreza, exclusión y consumo de drogas. Son grupos sociales en los que se tiende a observar grandes desventajas en sus "procesos de

socialización” y en el “ejercicio pleno de su derecho al desarrollo de su personalidad” (26).

TABLA Nro. 05: Sobre el número de reingresos de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente. Período 2010 - 2011. Se observa que en los años 2010 y 2011 prevalece los que ingresaron por primera vez (55.4% y 57.4% respectivamente), seguido con menor proporción los que reingresaron 2 veces (año 2010 21.0% y 2011 23.2%)

Los resultados se difieren con el Programa Venezolano de Educación - Acción en Derechos Humanos (46), quien en su informe anual 2010 – 2011 reportó que el 81% esta privado de libertad por primera vez, situación preocupante considerando los efectos criminógenos de la prisión.

Las prisiones lejos de ser lugares donde los reclusos y reclusas reparan el daño causado y se rehabilitan para volver a la sociedad, se han convertido en depósitos de seres humanos y verdaderas escuelas del delito (11).

TABLA Nro. 06: Sobre la morbilidad de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente. Período 2010 - 2011. Se observa lo siguiente:

Respecto a la Morbilidad de las personas privadas de libertad prevalece

las enfermedades del sistema respiratorio en el año 2010 (35.5%) y el año 2011 (37.5%), seguido con menor proporción las enfermedades infecciosas en el año 2010 (23.8%) y el año 2011(22.4%).

Los resultados son similares con el informe de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal de México (15), que reportaron como principales causas de morbilidad a las enfermedades respiratorias y gastroenterológicas y enfermedades infecciosas seguidas de micosis, lesiones por violencia, hipertensión arterial, diabetes y otros.

Los resultados difieren con el informe 2009 del Observatorio Venezolano de Prisiones (44), quien en su informe reportó que la enfermedad que más prevalece es la Dermatológica 53% seguido de gastroenterológicos 12%, quirúrgicos 10%, respiratorio 9%, ITS 8%, traumatológica 4%, Neurológica 2% y cardiovasculares 2%.

En los centros penitenciarios, los principales problemas de salud incluyen en general afecciones respiratorias agudas y crónicas, infecciones del tracto digestivo, micosis, ectoparasitosis, VIH/SIDA, tuberculosis, enfermedades psiquiátricas, drogodependencias (2).

La sobrepoblación, y en su caso el hacinamiento, son otros factores que influyen negativamente en las condiciones de vida y en el estado de salud de la población en reclusión. El hacinamiento, aunada a las malas condiciones de higiene, carencia de agua, ventilación e iluminación deficiente en las celdas, insuficiente servicios de salud acarrea unas

series de riesgos para la salud de las personas privadas de libertad y constituyen condiciones propicias para la producción y fácil contagio de enfermedades y del aumento de prevalencia de la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA (15).

Las enfermedades infecto-contagiosas, gastrointestinales y respiratorias encuentran condiciones favorables para su propagación en las malas condiciones de higiene y nutrición en las que viven las personas privadas de libertad, en particular por la falta de agua potable, de drenaje y de alimentación balanceada, entre otras razones; condiciones que resultan particularmente peligrosas cuando prevalecen en la población infantil y en las personas adultas mayores o las personas que viven con VIH/SIDA (15).

TABLA Nro. 07: Sobre la prevalencia de tuberculosis en las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente. Período 2010 - 2011. Se observa una mayor prevalencia en el año 2011 (21.4/1000 personas), seguido del año 2010 (17.7/1000 personas).

Los resultados tienen relación con el informe del MINSA - ESNPCT (51), que para el periodo 2007 en el centro penitenciario Penal de Cambio Puente encontró una tasa de morbilidad de 19.5/1000 habitantes y es mayor en el penal de Lurigancho que presentó una tasa de morbilidad de 58.9/1000 habitantes y a nivel nacional una tasa de

morbilidad de 29.1/1000 habitantes pero es menor con lo reportado por Gilbert, R.; José, A.; Gladys R.(50) que encontró una prevalencia de 14/1000 habitantes .

Los resultados son similares con lo reportado por Kazi, A. y otros (45), y difiere con lo reportado por Marco, A. y otros. (48) quienes encontraron una prevalencia de Tuberculosis de 22/1000 habitantes y 50,5/100 habitantes respectivamente.

La tuberculosis es un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad. Históricamente la tuberculosis ha estado relacionada con las personas privadas de libertad, por tratarse de instituciones cerradas, hacinadas, con déficit higiénico y sanitario. Actualmente, la prevalencia e incidencia de la tuberculosis en las personas privadas de libertad es mucho más alta que en la población libre; esto ocurre tanto en países con prevalencias de tuberculosis altas, medianas, o bajas (25).

Los centros penitenciarios son considerados reservorios de tuberculosis, porque albergan población aproximadamente tres veces mayor a su capacidad programada ocasionando hacinamiento, lo que facilita la transmisión de la tuberculosis. Los centros penitenciarios son áreas de elevado riesgo de transmisión de tuberculosis (53).

La Organización Mundial de la Salud, en su documento: Directrices para el Control de la Tuberculosis en las Prisiones, explica que las

condiciones de la prisión, el encarcelamiento ponen a las personas privadas de libertad en alto riesgo de infectarse y contraer la tuberculosis. Puesto que los servicios de salud de los centros penitenciarios a menudo no logran ejecutar un control eficaz de la tuberculosis ni garantizar su curación, las personas privadas de libertad corren un alto riesgo de salir de la prisión con tuberculosis (21).

Muchas personas que llegan a los centros penitenciarios vienen de ambientes socioeconómicos desfavorecidos. Por consiguiente, cuando entran en los centros penitenciarios corren un alto riesgo de infección por el bacilo de la tuberculosis. (26).

TABLA Nro. 08: Sobre el tipo de tuberculosis de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente. Período 2010 - 2011. Se observa un predominio del tipo de tuberculosis pulmonar en el año 2010 con 12 pacientes (85.7%) y en el año 2011 con 22 pacientes (95.7%), seguido con mínima proporción los casos de tuberculosis extra pulmonar siendo en el año 2010 con 2 pacientes (14.3%) y en el año 2011 con 1 paciente (4.3%).

Los resultados son similares con el estudio de Saiz De La Hoya P. (39) y Gilbert, R.; José, A.; Gladys, R. (50), quienes coinciden que el tipo de tuberculosis que predomina es la tuberculosis pulmonar.

La tuberculosis pulmonar es la forma más frecuente. Alrededor del 80 % de los casos de enfermedad tuberculosa asientan sobre el pulmón y la tuberculosis extrapulmonar suelen darse con más frecuencia en personas inmunodeprimidas (VIH). La tuberculosis es la infección oportunista que con más frecuencia aparece en los infectados por el VIH. En estos pacientes, la tuberculosis extrapulmonar es la forma que tiene mayor incidencia (23). La incidencia de la tuberculosis extrapulmonar está aumentando en países como Estados Unidos y Canadá, sobre todo en grupos de riesgo como los VIH (37).

TABLA Nro. 09: Sobre el esquema de tratamiento de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente. Período 2010 - 2011. Se observa una mayor cantidad con tratamiento en esquema I en el año 2010 con 12 pacientes (85.7%) y en el año 2011 con 23 pacientes (100%), seguido del esquema II en el año 2010 con 2 pacientes (14.3%) y en el año 2011 sin paciente (0.0%).

El hacinamiento, una ventilación insuficiente, el desconocimiento de las medidas preventivas y a la falta de supervisión y cumplimiento del tratamiento son factores de riesgo para la aparición de la tuberculosis. Una atención médica deficiente no solo impide la curación de los pacientes tuberculosos, sino que contribuye a la aparición de cepas resistentes que infectan a los pacientes, a otras personas privadas de libertad y, en general, a toda la comunidad. La aplicación de un esquema

primario de tratamiento altamente eficaz es un elemento importante que permite cortar la cadena de transmisión (51).

TABLA Nro. 10: Manejo de casos de las ITS de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente. Período 2010 - 2011.

Sobre el **manejo sintromico** se observa una mayor casos de flujo vaginal en el año 2010 con 32 pacientes (71.1%) y en el año 2011 con 15 pacientes (44.1%), seguido de los casos de descarga uretral en el año 2010 con 8 pacientes (17.8%) y casos de ulcera genital en el año 2011 con 8 paciente (23.5%).

Sobre el **manejo etiológico** se observa un mayor caso de herpes genital en el año 2010 con 21 pacientes (56.8%) y en el año 2011 con 9 pacientes (52.9%), seguido de los casos de sífilis en el año 2010 con 9 pacientes (24.3%) y en el año 2011 con 8 paciente (47.1%).

Actualmente existen numerosas evidencias sobre la relación entre las diferentes ITS y la infección por el VIH. Sin embargo la interacción más importante está representada por el efecto facilitador de las ITS en la transmisión del VIH. Numerosos estudios han demostrado que las ITS incrementan la transmisión del VIH de 2 a 9 veces (60).

Existe evidencia científica, que se ha acumulado a través de las dos últimas décadas, que refuerzan el rol de las úlceras genitales y otras ITS, de facilitar la transmisión sexual del VIH. Estas ITS facilitan la difusión del VIH en el tracto genital, lo que incrementa su capacidad de infección y aparentemente la susceptibilidad, al reclutar células inflamatorias susceptibles al VIH en el tracto genital e interrumpir las barreras mucosas que protegen contra la infección (59).

TABLA Nro. 11: Sobre la prevalencia de VIH/SIDA de las personas privadas de libertad del establecimiento penitenciario penal de Cambio Puente. Período 2010 - 2011. Se observa una mayor prevalencia relativa en el año 2011 de 7.6/1000 personas privadas de libertad y en el año 2010 con 6.5/1000 personas privadas de libertad.

Los resultados difieren con lo reportado por KAZI, A. y otros (45), quienes encontraron una prevalencia del VIH de 20/1000 personas. Pero es mayor con lo reportado por Marco, A. y otros (48), quienes encontraron una prevalencia de VIH del 10.8/100 personas y una prevalencia de 6.8/100 personas de coinfección VIH/Tuberculosis.

El VIH/SIDA constituye una grave amenaza sanitaria para la población penitenciaria de numerosos países y plantea desafíos importantes a las autoridades penitenciarias y de salud pública y para los gobiernos nacionales. Mundialmente, los niveles de infección de VIH tienden a ser más altos entre la población carcelaria que entre la población que se

encuentra fuera de las mismas. Por tanto, reducir la transmisión del VIH en las cárceles contribuye a reducir la transmisión de la infección en toda la sociedad (32) (33).

En condiciones de insalubridad las personas viviendo con VIH sufren un rápido deterioro de su salud y están expuestas a la adquisición de un sinnúmero de infecciones oportunistas como la tuberculosis, neumonías entre otras (42).

La falta de acceso a condiciones de salud adecuadas, el hacinamiento, la violencia, la falta de información, las prácticas sexuales sin medidas preventivas, consumo de drogas, realización de tatuajes y perforaciones, violencia con armas corto-punzantes, maltrato y discriminación por parte de distintos tipos de actores, así como abuso sexual y ejercicio de distintas formas de violencia física y psicológica en los centros penitenciarios son condiciones que favorecen la transmisión del VIH. Este es un hecho que puede afectar tanto a la población privada de libertad como a la población general (19) (21).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- ❖ Existe altos índices de hacinamiento en la personas privadas de libertad para el año 2011 (95.2%) respecto al año 2010 con un menor hacinamiento (38.4%).
- ❖ Las características sociodemográficas de las personas privadas de libertad que prevalecieron son: sexo masculino con un promedio de 30 a 39 años de edad, grado de instrucción secundaria.
- ❖ La situación jurídica de las personas privadas de libertad que predomina es de sentenciados.
- ❖ El tipo de delito de las personas privadas de libertad que más prevalece es el delito contra el patrimonio seguido del delito contra la seguridad pública y el delito contra la libertad.
- ❖ En los años 2010 y 2011 prevalece los que ingresaron por primera vez (55.4% y 57.4% respectivamente), seguido con menor proporción los que reingresaron 2 veces (año 2010 21.0% y 2011 23.2%)
- ❖ Las enfermedades más prevalentes para los años 2010 y 2011 son las enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades infecciosas.
- ❖ La prevalencia de la Tuberculosis Pulmonar en la personas privadas de libertad es relativamente mayor en el año 2011 (21.4/1000 personas privadas de libertad) respecto al año 2010 (17.7/1000 personas privadas de libertad).
- ❖ El tipo de tuberculosis más frecuente de las personas privadas de libertad es la pulmonar para los años 2010 y 2011.

- ❖ Las personas privadas de libertad, recibieron en el 2010 el esquema I (85.7%) y esquema II (14.3%) y en el año 2011 recibieron solo tratamiento del esquema I (100%).

- ❖ En el manejo sintromico de las ITS el que más prevalece es el flujo vaginal, con mayor incidencia en el año 2010 respecto al año 2011. Y en el manejo etiologico de las I.T.S el que más prevalece es el herpes genital (2010 56.8%, 2011 58.1), seguido de sífilis (2010 24.3%, 2011 32.2%).

- ❖ Se observa una prevalencia en el año 2010 de 7/1000 personas y en año 2011 una prevalencia de 6/1000 personas.

5.2. RECOMENDACIONES

- ❖ Los profesionales de Enfermería a partir de este trabajo de investigación diseñen otros tipos de estudios, como los de cohorte, retrospectivos y de corte transversal, donde se consideren otros tipos de variables como culturales, comportamientos sexuales, ITS, VIH etc.; que permitan explicar, comprender y mejorar la situación de las personas privadas de libertad.
- ❖ Los profesionales de Salud que laboran en el INPE, deberían ejecutar acciones que preparen a la persona privada de libertad para su reinserción en la vida.
- ❖ El Sector Salud de la cual Enfermería forma parte debería asumir un rol activo en la prevención de la ocurrencia de delitos, haciendo uso de sus conocimientos científicos, con la participación multidisciplinaria y mutisectorial a través de los medios de comunicación, en centros educativos, universidades y diferentes comunidades, etc. Con la finalidad de concientizar y sensibilizar a la población para disminuir la ocurrencia de este problema, cuyo impacto es de gran magnitud.
- ❖ El profesional de Enfermería en el ámbito comunitario debe diseñar, implementar y evaluar Programas educativos y campañas informativas y motivacionales que incluyan temas de educación sobre tuberculosis, VIH, SIDA, medios de contagio, factores de riesgo, etc. tomando en cuenta la planificación de la participación de la población en este grupo etáreo.
- ❖ Fortalecer los programas de promoción y prevención en salud: Estos programas se deberán dirigir principalmente a los grupos en mayor riesgo.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OPS/OMS (2008). Informe de la IV Reunión Regional de Tuberculosis y TB/VIH en Centros Penitenciarios. San José - Costa Rica. En <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-vih-prisiones-cor-nov-2008.htm> (accedido en Enero del 2012)
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2008). Guía para el Control de la Tuberculosis en Poblaciones Privadas de Libertad de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.
3. HERNÁNDEZ, J.; Mejía, L. (2010) .Accesibilidad a los Servicios de Salud De La Población Reclusa Colombiana: Un Reto Para La Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 28, núm. 2, mayo-agosto, pp. 132-140, Universidad de Antioquia – Colombia
4. RODRÍGUEZ, M. (2007). Panorama de los Sistemas Penitenciarios en América Latina y el Caribe desde una Perspectiva de los Derechos Humanos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. En http://www.iidh.ed.cr/comunidades/seguridad/docs/seg_docpolicia/curso%20noel%20doct.htm (accedido en mayo 2012)
5. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODD) (2008). UNIDAD DE VIH/SIDA. Situación del control del VIH en los Centros

Penitenciarios. IV Reunión Regional de Tuberculosis y
TB/VIH en Centros Penitenciarios. San José - Costa Rica

6. O.P.S (2008). Situación Del Control de la Tuberculosis en el Sistema Penitenciario de las Américas. Programa Regional de Tuberculosis. Costa Rica. En <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-vih-prisiones-cor-nov-2008-alc.pdf> (accedido en Enero 2012).
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA (2000). El control de la Tuberculosis en Prisiones: Manual Para Directores de Programas. Ediciones Permanyer. Barcelona – España.
8. MANFRED, N. (2010). Boletín: Selección especial de noticias sobre la XVIII Conferencia Internacional sobre SIDA. Viena – Austria. 2010 - Numero 8. Amigos Contra El Sida AC – México. En <http://www.aids-sida.org/archivos/NEWS-2010-07-24-Viena-08.pdf> (accedido en abril del 2012)
9. INICIATIVA DE MEDIOS LATINOAMERICANOS SOBRE EL SIDA-IMLASIDA (2010). Comunicado de prensa oficial. En http://www.imlasida.org/news/comunicado_de_prensa_aids2010_dia_6.html (accedido en marzo del 2012).
10. MÉDICOS SIN FRONTERAS - MSF (2006).Perú: la lucha contra el VIH/SIDA en una Prisión Superpoblada. En

<http://www.msf.es/noticia/2006/peru-lucha-contra-vihsida-en-una-prision-superpoblada> (accedido en abril del 2012)

11. CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (2006). Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia del 25 de noviembre de 2006, Serie C núm. 160, párr. 315.
12. URVIO, REVISTA LATINOAMERICANA DE SEGURIDAD CIUDADANA. (2007). ¿Por qué todos los caminos conducen a la miseria del panóptico?. Quito: Flacso – Ecuador. V: il. Cuatrimestral.
13. CARRASCO, E. y González E. (2000). Informe sobre la Situación del VIH/Sida y los Derechos Humanos de los Privados de Libertad en Venezuela. Acción Ciudadana contra el Sida, Caracas.
14. VUILLEUMIER, A. (2010). América Latina: "Las Cárceles son bolsones de Tuberculosis". Comité Internacional de la Cruz Roja - CICR. En <http://www.cicr.org/Web/spa/sitespa0.nsf/html/peru-interview-220310>. (Accedido en marzo del 2012)
15. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL (2010 -2011). Informe especial sobre el derecho a la Salud de las Personas Privadas de Libertad en los Centros de Reclusión del Distrito Federal. México, D.F.

16. O.P.S/O.M.S (2008). Guía Para el Control de la Tuberculosis en Poblaciones Privadas de Libertad de América Latina y el Caribe: Abordaje a Poblaciones Vulnerables. Costa Rica.

17. MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL / OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO – UNODC (2008): Informe de la Consulta Regional Para América Latina y Caribe sobre VIH/SIDA en el Medio Carcelario. Brasil – DF. En http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_aids/Publicacoes/Consulta_Regional_mayo_2008.pdf (accedido en Mayo 2012)

18. MANFRED, N. (2010). Hacinamiento en Cárceles facilita Propagación del SIDA. Noticia sobre la Conferencia Internacional SIDA 2010 en Viena, Austria. La Nación / Aldea Global. En <http://www.nacion.com/2010-07-26/AldeaGlobal/UltimaHora/AldeaGlobal2461421.aspx> (Accedido en marzo 2012)

19. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA - FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – UNFPA (2011): Guía de Prevención VIH/SIDA: Población Privada de Libertad. Bogotá - Colombia En http://www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/guia_prevencion_vih_ppl_1672011_074907. (accedido en abril 2012).

20. BEST, J. (2008). Control de Infección en Centros Penitenciarios: Experiencia de Perú. Subdirector de Salud del Instituto Nacional Penitenciario. IV Reunión Regional de TB/VIH en Centros Penitenciarios. Costa Rica.
21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y EL COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA (1998). Directrices para el Control de la Tuberculosis en las Prisiones WHO/TB/98.250. Ginebra Suiza
22. JONES, T., Woodley F., y Schaffner W. Increased Incidence of the Outbreak Strain of Mycobacterium Tuberculosis in the Surrounding Community after An Outbreak in a Jail. 96 2 Southern Medical Journal. Pp.155-159.
23. MORENO, S. (2001). Programas de Educación Sanitaria Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Ramón y Cajal. Madrid – España.
24. YAGUI, M. (2008). Control de Infecciones en Centros Penitenciarios. Médico del Instituto Nacional de Salud del Perú. IV Reunión Regional de TB/VIH en Centros Penitenciarios. Costa Rica.
25. BICK, J. (2007). Infection Control in Jails and Prisons. Clinical Infectious Diseases, Volume 45, Issue 8, Pp.1047-1055. California – Estados Unidos. En <http://cid.oxfordjournals.org/content/45/8/1047.full&usg=ALkJ>

rhhSycOzoixldRCilA3gKFR5J1gmjg (Accedido en mayo del 2012)

26. OPS / OMS. (2004, 2007). Situación Epidemiológica y Operativa de la Tuberculosis en las Cárceles de la Región de América Latina, la Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional de Tuberculosis.
27. MINSA - ESNPCT (2013): Indicador Operacional y Epidemiológico: Situación de la Tuberculosis en el Perú. Accedido en junio 2014. En <http://190.223.45.115/newtb/Archivos/RecursosInformacion/20140529114825.pdf>
28. COMISION EPISCOPAL DE ACCION SOCIAL. (2006). La Realidad Del Sistema Penitenciario en el Perú: Diagnóstico, Limitaciones y Retos. Editorial ROEL. Lima – Perú.
29. NUÑEZ, J. (2005). Hipertrofia Represiva: La Cuestión Carcelaria en América Latina. Red de Revistas Científicas de América y el Caribe. Madrid – España. En <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=52001210> (accedido en julio 2012).
30. LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION – LASA (2004). Cárceles en México: Un Estado de Situación. Informe presentado para el proyecto: Prisons in Crisis:

Understanding Latin America's most Explosive Problem,
México DF.

31. OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODC) (2012). El VIH y el SIDA en los Lugares de Detención: Grupo De Herramientas para los Encargados de la Formulación de Políticas, Gerentes de Proyecto, Funcionarios Penitenciarios y Proveedores de Servicios Sanitarios en las Cárceles. Nueva York 2012. En http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/toolkit_spanish_completed.pdf (accedido en diciembre 2013).
32. OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2007). VIH/SIDA: Prevención, Atención Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario. Nueva York.
33. OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO. Terminó de Referencia de la Consultoría "Diagnóstico sobre VIH/SIDA en el Sistema Penitenciario de Colombia.
34. RUIZ, J. (1999). Estrés en Prisión y Factores Psicosociales. Revista Colombiana de Psicología, 8, 120-130. Colombia
35. RUIZ, J. (2007). Síntomas Psicológicos, Clima Emocional, Cultura y Factores Psicosociales en el Medio Penitenciario. Revista

Latinoamericana de Psicología. Vol. 39, No 3, Pp. 547-561.
Bogotá – Colombia.

36. MORENO, C. y Mellizo, L. (2006). Familias de Internos e Internas de Cárceles: Una Revisión de la Literatura. III Congreso Latinoamericano Virtual de Psicología Jurídica y Forenses. (accedido en febrero del 2012)
37. JAIMES, J. y otros. (1995). Efectos del Tiempo de Detención sobre los Factores Emocionales, las quejas de Salud y los Comportamientos y Cogniciones Asociadas con la Prisionización de las Mujeres que Ingresan a la Reclusión Nacional. Facultad de Psicología. Universidad Católica de Colombia. Bogotá.
38. LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA (2001). Informe Preliminar Sobre la Situación de los Privados de la Libertad y el VIH/SIDA de Colombia.
39. SAÍZ DE LA HOYA, P. y otros, (2004). Características y Situación Clínica de la Población Reclusa Infectada por el VIH de los Centros Penitenciarios Españoles. España.
40. MACRI, T. y Berthier, V. (2005). Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Conductas de Riesgo Asociadas en Reclusos Alojados en el Complejo Penitenciario de Santiago Vázquez. Uruguay.

41. PRESIDENCIA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY (2006).
Mujeres Privadas de Libertad en el Uruguay: Informe Sobre
las Condiciones de Reclusión En:
http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/noticias/2006/09/RECLUSAS.pdf (accedido en octubre 2012)
42. POSADA, A. y Díaz, M. (2008). Las Cárceles y la Población Reclusa en Venezuela. Revista Española De Sanidad Penitenciaria 2008; Vol. 10: 22-27. EN
<http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/viewFile/68/174>
(accedido en Octubre 2012)
43. MEJÍA, L.; HERNÁNDEZ J.; y NIETO, E. (2009). Condiciones de Accesibilidad a los Servicios de Salud de las Internas e Hijos (as) Convivientes del Centro de Reclusión para Mujeres el Buen Pastor de Medellín, Antioquia - Colombia 2009. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. En
<http://fnsp.udea.edu.co/fnsp/congresosp7/Experiencias/vs5500.pdf> (Accedido en noviembre 2012)
44. OBSERVATORIO VENEZOLANO DE PRISIONES. Informe 2009: Situación Carcelaria en Venezuela. En
<http://www.ovprisiones.org/pdf/INFOVP2009.pdf> (accedido en diciembre 2012)
45. KAZI, A. y otros. (2010). Risk Factors and Prevalence of Tuberculosis, human Immunodeficiency Virus, Syphilis,

Hepatitis B Virus, and Hepatitis C virus Among Prisoners In Pakistan. International Journal of Infectious Diseases. 2010; Vol 14 Suppl 3: pages e60-6. En <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1201-9712/PIIS1201971210000305.pdf> (accedido en marzo 2013)

46. PROGRAMA VENEZOLANO DE EDUCACIÓN - ACCIÓN EN DERECHOS HUMANOS. Informe Anual 2010 - 2011: Situación de los Derechos Humanos en Venezuela. En <http://www.derechos.org.ve/informe-anual-2012/> (accedido en marzo 2013)

47. INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO (2011). Caracterización y Perfilación Criminológica y Penitenciaria de la Población Condenada y Privada de la Libertad en los Establecimientos de Reclusión del INPEC Y Propuesta para el direccionamiento del tratamiento penitenciario en Colombia. Bogotá - Colombia

48. MARCO, A. y otros (2012). Estudio Multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores Asociados en las prisiones de España. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Vol 14, No 1. España. En: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/6/7> (accedido en junio 2012)

49. INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (2013). Las Condiciones Carcelarias de Chile: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos. Chile
50. GILBERT, R.; José, A.; Gladys, R. (2008). Sub-estudio Cuantitativo sobre la Prevención y Control de la Tuberculosis, TB-MDR y VIH/SIDA en el Sistema Penitenciario. Lima – Perú
51. MINSA - ESNPCT (2008). Situación de la Tuberculosis en el Perú - Informe De Gestión. En http://www.minsa.gob.pe/portada/esntbc_informes.asp# (accedido en junio 2013)
52. INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO. (2011). Estadística Poblacional Penal - Diciembre 2011. Unidad de estadística. En http://www.inpe.gob.pe/menu/diciembre_2011.pdf (accedido en Enero 2012).
53. BONITA, R. (1994) Epidemiología Basica. 1ª edición. Serie Paltex – OPS. Washington. D.C. EE.UU.
54. MORENO, A. (2001) Actualidades Epidemiológicas, discurso Medico en Salud Publica y Epidemiológica Moderna. Revista de Salud Pública de México.
55. WIKIPEDIA (2007). TRIADA ECOLOGICA. En http://es.wikipedia.org/wiki/Triada_ecol%C3%B3gica (Accedido en Enero 2013)

56. LILIENFELD, A. (1998) Fundamentos de Epidemiología. Editorial Ciencias de la Salud Addison – Wesley Iberoamericana, S.A. –U.S.A.
57. DEVER, A. (1991) Epidemiología y Administración de Servicios de Salud OPS/OMS Washington pg. 2,3. U.S.A.
58. OMS (2001). Informe sobre la Salud Mundial 2001, Organización Mundial de la Salud. 2001. Ginebra.
59. CASTAÑEDA, M. (2009). Módulo de capacitación: Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual. En http://www.cepesju.org/mat_new/manuales_mod/modulo_ms_obj1vih5r.pdf (Accedido en abril 2012).
60. SISTEMA DE ATENCION PARA EL MANEJO DE CASO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL SINTOMATICAS. En <http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/MANUALES%20%20YGUIAS/Directiva%20MANEJO%20DE%20ITS%20SINTOMATICAS.pdf> (Accedido en mayo 2013)
61. WIKIPEDIA (2012). Edad. En <http://es.wikipedia.org/wiki/Edad> (accedido Abril 2012)

62. Sánchez, V. (2005). Adultos ¡Alertas!. En <http://www.sld.cu/saludvida/adulto/temas.php?idv=7685>
(Accedido en junio 2012)
63. FUNDACIÓN CIUDAD POLITICA (2006): Sexo <http://www.ciudadpolitica.com/modules/wordbook/entry.php?entryID=5708> (Accedido en julio 2012)
64. PAPALIA D. Desarrollo Humano (1992) México <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/021123215354-.html>
65. DU, Pasquier. (2012). Temas de derecho: Situación jurídica. En <http://temasdederecho.com/2012/04/04/la-situacion-juridica/>
(Accedido en junio 2013)
66. CARPIO, C. (2011). Delitos, Hechos Punibles Y Elementos Del Delito. En <http://www.monografias.com/trabajos90/delitos-hechos-punibles-y-elementos-del-delito/delitos-hechos-punibles-y-elementos-del-delito.shtml> (Accedido en junio 2013)
67. WIKIPEDIA. Morbilidad. En <http://es.wikipedia.org/wiki/Morbilidad>
(Accedido en julio 2013)
68. WIKIPEDIA (2003). Prevalencia. En <http://es.wikipedia.org/wiki/Prevalencia> (Accedido en julio 2013)
69. HILARIO, M y Liñer, K. (2000). Conocimiento obre Tuberculosis Pulmonar y Calidad de Autocuidado en el paciente ambulatorio del Programa de control de Tuberculosis. Microrred. El Porvenir. 2000. Tesis para optar el título de

licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo.
Perú.

70. FINKELMAN, J. (2001) Epidemiología Ambiental. Primera Edición.
Proyecto para América Latina y el Caribe – Uruguay

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO Nro. 01

Ficha Epidemiológica de las personas privadas de libertad

1. HACINAMIENTO

$$\text{Hacinamiento} = \left[\frac{\text{Población}}{\text{Capacidad de albergue}} \times 100\% \right] - 120\%$$

2. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD:

1. De 18 - 19 años ()
2. De 20- 24 años ()
3. De 25 - 29 años ()
4. De 30 - 39 años ()
5. De 40 - 49 años ()
6. De 50 - 54 años ()
7. De 55 - + años ()

SEXO:

1. Masculino ()
2. Femenino ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- 1. Sin Instrucción ()
- 2. Primaria ()
- 3. Secundaria ()
- 4. Superior ()

3. SITUACION JURÍDICA

- 1. Sentenciado ()
- 2. Procesado ()

4. TIPO DE DELITO GENERICO:

- 1. Delitos contra la vida, el cuerpo y la salud ()
- 2. Delitos contra el honor ()
- 3. Delitos contra la familia ()
- 4. Delitos contra la libertad ()
- 5. Delitos contra el patrimonio ()
- 6. Delitos contra la confianza y la buena fe en los negocios ()
- 7. Delitos contra el patrimonio cultural ()
- 8. Delitos contra el orden económico ()
- 9. Delitos tributarios ()
- 10. Delitos contra la seguridad pública ()
- 11. Delitos ambientales la tranquilidad pública ()
- 12. Delitos contra los poderes del estado y el orden
Constitucional ()

- 13. Delitos contra la voluntad popular ()
- 14. Delitos contra la fe pública ()
- 15. Delitos contra los derechos intelectuales ()
- 16. Delitos contra la humanidad ()
- 17. Delitos contra el estado y la defensa nacional ()
- 18. Delitos contra la administración ()
- 19. Delitos contra el orden financiero y monetario ()
- 20. Leyes especiales ()

5. NUMERO DE REINGRESOS

- 1. 1ra vez ()
- 2. 2da vez ()
- 3. 3ra vez ()
- 4. 4ta vez ()
- 5. 5ta vez ()
- 6. 6ta vez ()
- 7. 7ma vez ()
- 8. 8va vez a más ()

6. MORBILIDAD:

- 1. Infecciones infecciosas ()
- 2. Enfermedades del sistema respiratorio ()
- 3. Enfermedades del sistema digestivo ()
- 4. Enfermedades de la piel ()
- 5. Enfermedades cardiovasculares ()

6. Trastornos mentales y comportamiento ()
7. Enfermedades del sistema nervioso central ()
8. Enfermedades de los sentidos ()
9. Sistema locomotor y tejido conectivo ()
10. Enfermedades del sistema genitourinario ()
11. Enfermedades del sistema endocrino ()

7. PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS:

1. Presentan tuberculosis ()
2. No presentan tuberculosis ()

8. TIPOS DE TUBERCULOSIS:

1. Tuberculosis Pulmonar ()
2. Tuberculosis Extrapulmonar ()

9. ESQUEMA DE TRATAMIENTO:

1. Esquema I ()
2. Esquema II ()
3. MDR ()
4. MDR individualizado ()

10. MANEJO DE CASOS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION

SEXUAL

MANEJO SINDROMICO

1. Flujo vaginal ()
2. Descarga uretral ()
3. Ulcera genital ()
4. Dolor abdominal bajo ()
5. Bubón inguinal ()

MANEJO SINDROMICO

1. Gonorrea ()
2. Tricomoniasis ()
3. Herpes genital ()
4. Sífilis ()
5. Verrugas genitales ()
6. Otros _____ ()

11. PREVALENCIAS VIH Y SIDA

1. Presentan tuberculosis ()
2. No presentan tuberculosis ()