

Perfil patológico del interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario

A Martínez Cordero

Servicios Médicos. Centro Penitenciario de Villabona (Asturias)

RESUMEN

Todos los establecimientos penitenciarios de España estarán dotados según se recoge en el art. 37 de la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) y en el art. 213.1 del Reglamento Penitenciario (RP), de una enfermería en la que poder encamar a aquellos internos que lo precisen, ya sea por patología psiquiátrica, infecciosa o de otro tipo.

Con el objetivo de definir el perfil patológico del interno ingresado en la enfermería del C.P. de Villabona (Asturias), se realiza un corte a fecha de 5 de febrero de 1998 y recogemos en una base de datos a los 34 pacientes ingresados en esa fecha. Se estudian variables sanitarias, sociales y penitenciarias y se realiza un estudio estadístico descriptivo de las mismas.

Todos los ingresados son varones comprendidos entre los 24 y los 76 años. Refieren consumo de alcohol un 52,9% y usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) un 38,2%. Destaca una serología positiva en un 26,5% tanto para el VIH como para la Hepatitis C. El control de la toma de fármacos ha sido el criterio más utilizado para justificar el ingreso de un interno en la enfermería. La patología mental constituye el grupo diagnóstico más frecuente, por encima de la patología asociada al VIH. Por último, destacamos que las patologías agudas, los cuadros psiquiátricos y los diagnósticos de SIDA son más frecuentes entre los más jóvenes; mientras que las patologías crónicas y tumorales lo son en los de mayor edad.

Palabras Clave: Prisiones. Cuidados Médicos.

PATHOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ADMITTED TO PRISON INFIRMARY

ABSTRACT

All Spanish prisons are to be provided with legislation provided by art. 37 of the *Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP)* and art. 213.1 of the *Reglamento Penitenciario (RP)*, for infirmaries that can admit prisoners who need assistance because of psychiatric disorders, infectious pathologies or other health problems.

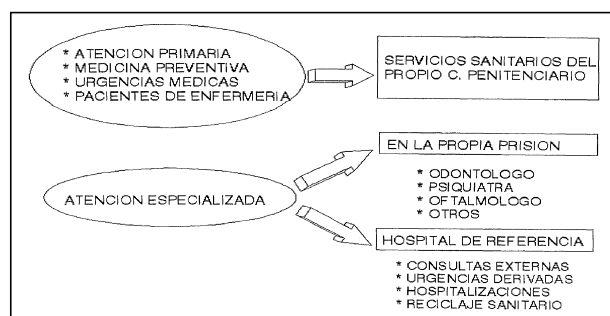
With the objective of defining a prisoner pathological profile of those admitted in Villabona prison infirmary (Asturias), we selected February 5 1998 as a base and the 34 patients admitted that day made up the database. Sanitary, social and penitentiary variables were studied, and a descriptive statistical study of this information was carried out.

All those admitted were male, with an age range of 24 to 76. 52.9% consumed alcohol and 38.2% were substance abusers. A notable feature was the degree of positive serology in 26,5% for HIV and Hepatitis C of admitted patients. Check-ups for medication consumption were the most widely used method to justify the admittance of a prisoner into the infirmary. Those suffering from mental disorders formed the largest group, higher than those showing HIV associated pathologies. Finally, acute pathologies such as psychiatric disorders and HIV positive diagnoses are more frequent among young inmates; while chronic pathologies and tumours are more common amongst older patients.

Key Words: Prisons. Health Care.

INTRODUCCIÓN

La administración garantiza la asistencia sanitaria de presos y penados según se recoge en el Capítulo III de la Ley Orgánica 1/79 General Penitenciaria¹, de forma que médicos y enfermeros de la propia institución han de velar por la salud de los internos, apoyándose en otros especialistas y hospitales cuando sea necesario según señala el art. 36 de la LOGP^{1,2} y que puede observarse en la gráfica 1.



Gráfica 1. Asistencia sanitaria de los internos penitenciarios.

El nuevo Reglamento Penitenciario (RP) aprobado por Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, desarrolla la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios en su Título IX, Capítulo I, Sección 1³.

La hospitalización de los internos penitenciarios se realiza con preferencia en un hospital general público considerado como hospital de referencia para un determinado establecimiento penitenciario². En estos hospitales públicos, distribuidos por toda la geografía nacional, se van a crear las denominadas Unidades de Acceso Restringido, donde podrán ser hospitalizados los internos que lo precisen, con las debidas medidas de seguridad⁴. Si bien, el art. 209.2.2 del RP señala que por urgencias o por otros motivos justificados podrán utilizarse otros hospitales diferentes³.

Todos los establecimientos penitenciarios deben estar dotados de una enfermería para poder encamar a aquellos internos que lo precisen, ya sea por patología psiquiátrica, infecciosa o de otro tipo, según se indica en el art. 37 de la LOGP¹. El ingreso en la enfermería de una prisión se produce para llevar a cabo un mejor control de las tomas de fármacos en aquellos pacientes incumplidores, para un mejor seguimiento de algunos procesos agudos o en aquellos pacientes crónicos que se descompensan. Deberán también ser ingresados los internos graves por cualquier enfermedad, aquellos que precisen sillas de ruedas y los de edades avanzadas con sus facultades físico-psíquicas mermadas. Hay que tener en cuenta que las enfermerías, sobre todo las de los centros más modernos, están dotadas de habitaciones más espaciosas, con ca-

mas hospitalarias, baños completos, pasillos amplios, ascensores y el régimen disciplinario de la prisión está supeditado a la realidad sanitaria.

Cualquier interno puede firmar un alta voluntaria si no desea ingresar en la enfermería, debiendo ser admitida por el facultativo, con la excepción de aquellos pacientes contagiosos como puedan ser los que tienen una TBC activa, por razones de salud pública y en aquellos pacientes incapaces por su patología psiquiátrica⁵. Durante la permanencia en la enfermería de los pacientes tuberculosos, se realiza una educación sanitaria personalizada sobre la TBC, se administra el tratamiento en unidosis con una observación directa de las tomas por personal sanitario^{6,7} y se investigan los contactos.

Algunos internos con su cuadro patológico establecido, incluidos los pacientes psiquiátricos, aún encontrándose en condiciones de abandonar la enfermería, permanecen en ella, al asumir funciones de ayuda al servicio médico, actuando como internos de apoyo psíquico y/o físico para otros internos allí ingresados.

El centro penitenciario de Villabona, situado en Asturias, es una macroprisión, que alberga presos preventivos y penados. Estructuralmente, está formada por 10 módulos, uno de los cuales es de mujeres. Igualmente cuenta con un departamento para albergar internos especialmente peligrosos, con una sección abierta que es mixta, un departamento de ingresos y una enfermería para 84 personas, distribuidas en 22 habitaciones individuales, 14 habitaciones de 2 camas, y 8 habitaciones de 4 camas. Cuatro de las habitaciones individuales están destinadas a albergar enfermos en situación de aislamiento sanitario como pudieran ser los tuberculosos activos⁸.

Existe un importante movimiento de internos en este establecimiento. Así en el año 1997, el 1 de enero había 1.145 internos, de los que 1.029 (89,8%) eran varones y 116 (10,2%) mujeres. El 31 de diciembre había 1.227 internos 1.091 (88,9%) hombres y 136 (11,1%) mujeres. A lo largo de ese año ingresaron en dicho establecimiento 2.045 personas, de las que 1.803 (88,2%) fueron varones y 242 (11,8%) mujeres. Abandonaron esta prisión en ese año 1.963 internos, 1.741 (88,7%) varones y 222 (11,3%) mujeres.

Se dispensa consulta médica en los distintos módulos del establecimiento, se atienden las urgencias y se reconocen los internos en el momento de su ingreso en prisión. De estas actuaciones pueden ser derivados pacientes, para su ingreso en la enfermería del establecimiento. En 1997 han ingresado en la enfermería 250 internos, de los cuales 9 (3,6%) han sido mujeres. Procedían de los módulos 151 (60,5%) internos, 84 (33,5%) han sido derivados desde el departamento de ingresos, 13 (5,2%) han sido ingresados en la enfermería a su regreso del hospital y 2 (0,8%) lo han sido desde el

departamento de aislamiento. Dejaron la enfermería 263 internos, de los que 9 (3,4%) eran mujeres. De ellos, 196 (74,6%) fueron a un módulo del establecimiento, 46 (17,5%) fueron puestos en libertad, 9 (3,4%) han sido trasladados a otra prisión, 5 (1,8%) han ido al módulo de aislamiento, 5 (1,8%) a la Sección Abierta y 2 (0,9%) causaron baja por defunción. La media de ocupación de la enfermería durante 1997 ha sido de 37,9 camas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se pretende definir el perfil patológico del interno ingresado en la enfermería del centro penitenciario de Villabona (Asturias). Para ello, se ha elaborado un protocolo en el que se recogen datos de las historias clínicas de los pacientes presentes en la enfermería el 5 de febrero de 1998. En ese momento, la población reclusa de Villabona, la integraban 1.067 internos, de los que 949 (88,9%) eran varones y 118 (11,1%) mujeres. Por edades, se encontraban comprendidos entre los 16 años, mínima edad con la que se puede ingresar en prisión y los 76 años. El grupo etario más numeroso ha sido el comprendido entre los 21 y los 30 años, que representan el 41,44%; seguidos con un 39,45% de los que se encuentran entre los 31 y 40 años, un 15,33% tienen entre 41 y 60 años, 2,42% entre 16 y 20 años y un 1,36% tienen 61 o más años de edad, según los datos oficiales del centro.

Se han agrupado los pacientes en dos grupos etarios, hasta 40 años y 41 o más años de edad. Habida cuenta de que la drogodependencia en el medio penitenciario se da en el 95% de los casos en personas de hasta 40 años⁹. Esta conducta representa un riesgo sanitario que conlleva la aparición secundaria de diversas patologías.

Se estudian las variables de filiación, consumo de tabaco, consumo habitual de alcohol estando en libertad, entendiéndose por tal el consumo durante dos o más días a la semana y de forma mantenida en el tiempo. También se recogen el uso de drogas por vía parenteral (UDVP) declarado por el interno, así como si el paciente se encuentra en Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). De igual manera se recogen la justificación por la que cada paciente es ingresado en la enfermería, el diagnóstico fundamental, los tratamientos seguidos y las derivaciones hospitalarias sin especificar si han sido urgentes o consultas programadas a un especialista.

En este protocolo también se han detallado las serologías para virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la Hepatitis B (VHB), virus de la Hepatitis C (VHC) y Sífilis, las cuales se suelen realizar de forma habitual a la población reclusa, salvo negativa expresa del interesado, imposibilidad de acceder a una vía peri-

férica, o salida del establecimiento por libertad o por traslado a otra prisión. También se solicitan otras determinaciones serológicas de forma puntual y para pacientes concretos. Otras variables recogidas han sido las relacionadas con el programa de tuberculosis (reacción tuberculínica, radiografía de tórax, quimioprofilaxis o tratamiento). También se han reseñado los pacientes declarados como caso de SIDA y aquellos a los que se les ha sido solicitada la libertad condicional por tener una patología incurable según el art. 196.2 del RP.

Por último se han incluido la presentación durante la estancia del interno en la enfermería, de situaciones como la huelga de hambre o las autolesiones que puedan necesitar de atención sanitaria, así como la valoración de riesgo de suicidio. En este sentido la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIIPP) ha elaborado una escala para valorar riesgos de suicidio que contempla aspectos sanitarios como la existencia de depresión, tentativas suicidas previas, ideación suicida o antecedentes de suicidio en la familia y también contempla otros aspectos no médicos como la primariedad delictiva o el tipo de delito.

Se ha realizado un estudio estadístico descriptivo básico, con el apoyo informático de los programas D Base III plus y el paquete estadístico SPSS/PC.

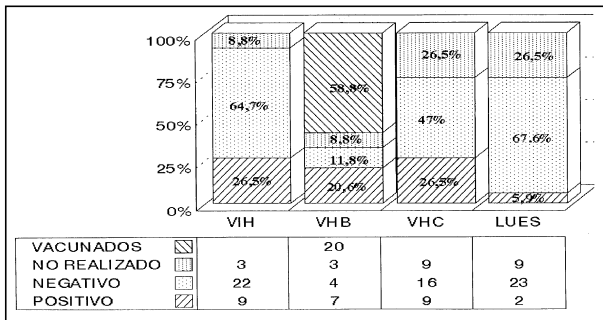
RESULTADOS

El 5 de febrero de 1998 se encontraban ingresados en la enfermería del centro penitenciario de Villabona 34 pacientes, lo que supone un 3,18% sobre el total de internos de la prisión en ese momento. Todos los pacientes ingresados en la enfermería el día del estudio han sido varones. Se encuentran comprendidos entre los 24 y los 76 años, con una media de $42,5 \pm 14,5$ años. En el grupo de edad de 40 o menos años, se encuentran el 61,8% de los ingresados en la enfermería y el 83,31% de los internos de la prisión en esa fecha. Tienen 41 o más años de edad el 38,2% de los que componen el grupo estudiado y un 16,69% del total de los internos del establecimiento.

Por estado civil predominan los solteros en un 44,1%, seguidos de los separados o divorciados con un 23,5%, los casados o con pareja estable con un 20,6% y los viudos con un 11,8%. Refieren fumar tabaco diariamente el 85,3%, consumir alcohol de forma habitual estando en libertad el 52,9% y ser UDVP un 38,2%.

En la gráfica 2 se pueden apreciar los resultados de las serologías realizadas a los pacientes estudiados. Se han encontrado serologías positivas en un 26,5% para el VIH, en un 20,6% para el VHB, en un 26,5% para el VHC y en el 5,9% para la lúes. Los resultados negati-

vos corresponden a un 64,7% para el VIH, 47% para el VHC y el 67,6% para la sífilis. En el caso de la hepatitis B existe un 58,8% de sujetos vacunados y un 11,8% con serología negativa que se encuentran pendientes de vacunar. Faltan analíticas en un 8,8% para el VIH y el VHB y en un 26,5% para el VHC y la lúes.

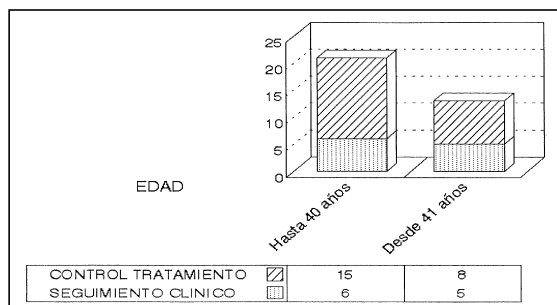


Gráfica 2. Estudio serológico de los internos ingresados en la enfermería

Los criterios sanitarios que han justificado el ingreso de los internos en la enfermería, se han agrupado en dos categorías. En primer lugar, el control de los tratamientos mediante tomas controladas para evitar engaños o que el paciente se equivoque en la posología, lo que supone un 67,6% de los casos. En segundo lugar, el seguimiento de la evolución clínica del paciente, lo que representa un 32,4% de los casos, encontrándose en este grupo dos pacientes ingresados en la enfermería por orden judicial.

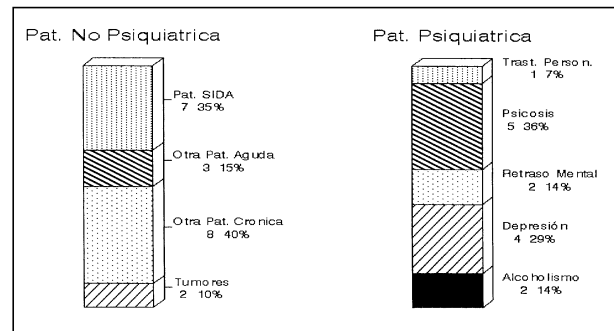
A pesar de no existir significación estadística, se puede comprobar en la gráfica 3, como en 15 de los pacientes de la enfermería que tienen hasta 40 años, el criterio utilizado para su ingreso, está relacionado con el control del tratamiento y otros 6 pacientes se ingresan para un seguimiento clínico. Respecto de los sujetos con 41 o más años de edad, 8 precisan control del tratamiento y 5 un seguimiento clínico.

Los pacientes han sido agrupados en función de su diagnóstico en dos grupos, por un lado 14 de ellos



Gráfica 3. Criterios de ingreso en la enfermería según la edad del interno

diagnosticados de patología psiquiátrica y 20 de patología no psiquiátrica, lo que supone el 41,2% y 58,8% respectivamente. Según se aprecia en la gráfica 4, entre los procesos psiquiátricos son los cuadros psicóticos los más frecuentes, con 36% de los casos, seguidos de las depresiones, con 29% de los casos. Menos relevancia tienen el retraso mental y el alcoholismo con 14% cada uno y los trastornos de la personalidad con 7%. Por lo que respecta a la patología no psiquiátrica, los procesos relacionados con el SIDA, ya sean agudos o crónicos, suponen un 35% de los casos, los tumores un 10%, otras patologías crónicas como la EPOC, diabetes, prostatismos, cardiopatías o convalecencias quirúrgicas, suponen un 40% y otras patologías agudas como la sarna o la neumonía un 15% de los casos.



Gráfica 4. Diagnósticos de los internos ingresados en la enfermería del C. P. de Villabona.

La correlación entre la edad y los diagnósticos de patología psiquiátrica y no psiquiátrica no tiene significación estadística. No obstante, se observa que entre los pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica, 11 de ellos tienen 40 años o menos, mientras que sólo 3 de los pacientes cuentan con 41 o más años. Esta relación, sin embargo no se mantiene entre pacientes con patología no psiquiátrica, existiendo en este caso 10 pacientes de cada uno de los grupos etarios.

Los tratamientos farmacológicos en la enfermería se dan controlados y en muchos casos con supervisión directa de las tomas. Por número de fármacos consumidos, los internos ingresados en la enfermería se distribuyen así: 9 (26,5%) internos toman 1 fármaco, 8 (23,6%) internos toman 2 fármacos, 10 (29,4%) internos toman 3 fármacos, 1 (2,9%) interno toma 4 fármacos, 3 (8,9%) internos toman 5 fármacos, 1 (2,9%) interno toma 6 fármacos, 1 (2,9%) interno toma 9 fármacos y 1 (2,9%) interno toma 11 fármacos. En suma, 27 (79,5%) pacientes toman entre 1 y 3 fármacos y 7 (20,5%) internos toman 6 o más –hasta 11– fármacos diferentes.

Los pacientes que toman un mayor número de fármacos distintos son aquellos VIH positivos y con patología asociada al SIDA. Han precisado realizar quimioprofilaxis un 29,4% y 2 (5,9%) pacientes con diagnóstico de TBC activa han realizado tratamiento tuberculostático y aislamiento sanitario en una habitación individual adecuada y con uso de mascarillas quirúrgicas⁸. Respecto de los tratamientos con metadona, se dan en 8 (23,5%) de los pacientes estudiados, entre los que se incluyen 6 de los 7 internos con diagnóstico de SIDA ($p < 0,001$).

Las autolesiones y las huelgas de hambre en prisión tienen un matiz reivindicativo y a veces de protesta. El médico sigue diariamente a aquellos internos que se declaran mediante instancia en huelga de hambre¹⁰. De los pacientes estudiados, 1 (2,9%) se ha autolesionado una vez durante su estancia en la enfermería. Se han declarado en huelga de hambre 3 de los internos estudiados, lo que supone un 8,8% con una duración de 6, 8 y 15 días respectivamente, sin que la pérdida de peso haya superado en ninguno de ellos los 2 kg.

Aplicando la escala de la Circular de prevención de suicidios de la DGIIPP a todos los internos ingresados en la enfermería, se ha detectado riesgo de suicidio en 7 internos, es decir a un 20,6% de los pacientes estudiados, de los cuales 6 presentan diagnósticos psiquiátricos.

Se han derivado al hospital durante el tiempo de su estancia en la enfermería 18 (52,9%) de estos pacientes, 2 de ellos con carácter urgente y los 16 restantes de forma programada para consulta con algún especialista.

El consumo de drogas parenterales resulta más frecuente entre los pacientes con diagnósticos no psiquiátricos que entre los que presentan diagnósticos de patología psiquiátrica ($p < 0,05$). Son UDVP 11 (55%) de los diagnosticados de patología no psiquiátrica, de los que 7 presentan patología asociada al SIDA, lo que constituye el 100% de esta patología. Sin embargo, ninguno de los 2 (10%) pacientes con patología tumoral consumen estas sustancias. Por lo que respecta a los 14 internos con patología psiquiátrica, son UDVP 2 (14%). Por último, ninguno de los 2 internos diagnosticados de alcoholismo consume drogas parenterales.

Se ha solicitado la excarcelación por padecimiento de una patología incurable (art. 196.2 del RP) a 6 (17,6%) internos. De estos, 5 presentan patología asociada al SIDA, de un total de 7 sujetos con patología asociada al SIDA y 1 con patología oncológica sobre un total de 2 pacientes con tumores ingresados en la enfermería. No se ha solicitado la excarcelación de ninguno de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico por art. 196.2 del RP, correspondiendo los 6 casos en los que si

se ha solicitado a diagnósticos no psiquiátricos, lo que resulta significativo con la prueba de Chi2 aplicando la prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

En la revisión bibliográfica no se ha detectado ningún trabajo anterior sobre prevalencia de patología en pacientes ingresados en la enfermería de una prisión. Por ello, las comparaciones realizadas en la discusión se llevan a cabo con otros estudios que tienen como pacientes a internos penitenciarios. Los consumos de tabaco, consumo habitual de alcohol y de drogas parenterales entre los internos ingresados en la enfermería, se encuentran por debajo de los consumos descritos para esas sustancias para internos ingresados en prisión en Asturias, utilizando los mismos criterios en los conceptos de consumo y que son del 95, 63 y 58% respectivamente¹¹. La proporción de UDVP entre los internos que precisaron de una derivación urgente al hospital durante el año 1992 desde la prisión de Oviedo fue del 66%, porcentaje también más elevado que en el estudio actual¹². En dicho estudio, realizado a lo largo de 12 meses, los pacientes estudiados no representaban a la población reclusa de la prisión de origen, pues padecen una patología, que después de ser atendida de forma urgente por el médico del establecimiento se deriva al medio hospitalario.

La tuberculosis es una enfermedad con una elevada prevalencia en prisión¹³. Su adecuado control en las prisiones pasa por la identificación temprana de la enfermedad y el aislamiento del paciente con tuberculosis activa¹⁴. El carácter de institución cerrada de estos establecimientos facilita la aplicación del programa a toda la población, así como un rápido estudio de los contactos.

Las enfermedades mentales son relativamente frecuentes entre la población reclusa. En una muestra de 121 internos tomada en 1989 en la prisión provincial de Oviedo se detectaron antecedentes de patología psiquiátrica en el 30% de los casos¹¹. Para Garrido Guzmán¹⁵, la asistencia psiquiátrica en prisiones tiene tres niveles: El nivel primario asumido por los médicos del propio establecimiento, apoyados por las unidades de psiquiatría del hospital general de referencia o de un psiquiatra que constituiría el nivel secundario y el nivel terciario que lo integran los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla. La escasez de camas psiquiátricas del nivel terciario hace que un gran número de estos pacientes deba permanecer en prisiones ordinarias¹⁶, siendo asumidos por los niveles primario y secundario. En este caso, el 41,2% de los internos ingresados en la enfermería son pacientes psiquiátricos,

que han ingresado tras un brote o episodio agudo. Una vez compensados y tomando adecuadamente su tratamiento, pueden convivir en los módulos o galerías, si bien, en algunos casos continúan en ese departamento un tiempo para asegurar la toma de la medicación.

Entre los pacientes que se encuentran ingresados en la enfermería para control de sus tratamientos, hay un mayor porcentaje de internos de 40 años o menos que del grupo de internos de más edad. Parece que estos internos más jóvenes rechazan en mayor medida los tratamientos farmacológicos prescritos por el médico, que aquellos pacientes de mayor edad, que aceptan de mejor grado la relación médico-paciente tradicional.

El 2,9% de comportamientos autolesivos encontrados en estos pacientes ingresados en la enfermería del C.P. de Villabona, son muy inferiores al 26,4% descritos para internos de prisiones asturianas¹¹. Esto se explica porque la muestra estudiada en este caso, no es representativa de la población reclusa en general, sino que esta sesgada en razón de su patología y de un seguimiento especial por los servicios sanitarios en la enfermería del centro. Por el contrario, el estudio referido está realizado con internos estudiados a su ingreso en prisión, lo que ha permitido que los resultados sean más representativos de los internos en general, aún sin serlo totalmente.

La prevalencia de infección VIH del 26,5% referida en este estudio, es similar al 24% que describe Sánchez Moreno en la prisión de Huelva¹⁷. Más elevada es la prevalencia de VIH existente entre los internos derivados de forma urgente al hospital, que alcanza el 75%¹². Si bien, esta muestra se encuentra sesgada, al tratarse de una población seleccionada por una situación de urgencia hospitalaria.

Aquellos pacientes con un SIDA avanzado o terminal que precisan de un encamamiento prolongado o ayuda para realizar sus tareas cotidianas, deben estar ingresados en la enfermería del establecimiento¹⁸. En la enfermería se encuentran 7 pacientes por patología SIDA lo que representa un 10,9% de los 64 internos que se encuentran en tratamiento con antirretrovirales en este momento en el establecimiento.

CONCLUSIONES

La tipificación del perfil del interno de prisiones ingresado en el departamento de enfermería no ha sido objeto de la literatura científica de nuestro país. Los resultados encontrados y las dudas generadas por los mismos sugieren la conveniencia de:

— Realizar estudios de prevalencia sobre poblaciones más extensas o en mayor número de ocasiones, en

distintas épocas del año y en diversos establecimientos penitenciarios.

— Realizar estudios de incidencia.

— Revisar los sistemas clasificatorios de nuestras enfermerías para adecuarlos a propósitos más específicamente sanitarios.

Los internos del centro penitenciario de Villabona que ingresan en la enfermería del establecimiento, lo hacen en primer lugar para control de las tomas de fármacos.

La patología psiquiátrica tiene un peso específico muy importante entre los diagnósticos de los ingresados en la enfermería de nuestro centro penitenciario.

En este departamento sólo ingresa un pequeño porcentaje de los internos con patología asociada al SIDA, que corresponde a los pacientes que se encuentran más deteriorados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. B.O.E. núm. 239, de 5 de octubre de 1979.
2. Martínez Cordero A, Hinojal Fonseca R, López Rodríguez JL. Prácticas de riesgo y repercusiones serológicas en delincuentes primarios. Ponencia. Libro de Actas de las XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Oviedo. 1996; 359-368.
3. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. B.O.E. núm. 40, de 15 de febrero de 1996.
4. Nuevo plan de centros penitenciarios. Boletín de Instituciones Penitenciarias, 1998; 3:2-5.
5. Martínez Cordero A. Hinojal Fonseca R. Manejo del paciente violento en prisión. Rev. Esp. Sanid. Penit. 1998; 1:13-19.
6. Bolea A. Situación de la tuberculosis en instituciones penitenciarias. Libro de actas del I Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria 1993; 41-45.
7. Fernández de la Hoz K. La tuberculosis en las prisiones españolas. Situación epidemiológica actual y perspectivas futuras. Libro de actas del II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. 1998; 211-221.
8. Bolea Laguarda A. Díez Ruiz-Navarro M. Gómez Pintado P. Hermida Dónate J.M. Moreno Guillén S. Rey Durán R. Manual de prevención de la transmisión aérea de la tuberculosis en los centros penitenciarios. Ministerio del Interior. D.G.I.I.P.P. Madrid. 1997.

9. Programa de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Memoria de 1995. Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. Madrid 1996.
10. Martínez Cordero A. Hinojal Fonseca R. Las auto-agresiones: una patología de origen reivindicativo en el medio penitenciario. *Rev. Esp. Psiqu. Forense. Psicol. Forense y Criminología*. 1998; 5:45-50.
11. Martínez Cordero A. Hinojal Fonseca R. Bobes García J. Martínez Jarreta B. Diferencias epidemiológicas en delincuentes con relación a sus antecedentes psiquiátricos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*. 1994; 22, 4:153-157.
12. García Velasco G. Martínez Cordero A. Urgencias hospitalarias desde un centro penitenciario. *Atención Primaria*, 1994; 13 2:89.
13. Gracia Guerrero J. Vera E. Influencia de la tuberculosis en los casos de SIDA detectados en un centro penitenciario. *Rev. Esp. Sanid. Penit*. 1998; 1:21-24.
14. Villariño ME. Block NN. Las epidemias de tuberculosis en las prisiones. Libro de actas del II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria, 1998; 291-297.
15. Garrido Guzmán L. Tratamiento penitenciario de la enajenación mental. En/In Delgado Bueno S. et al. *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Editorial Colex. 1994 vol II, 29-54.
16. Cabrera Forneiro J. Fuertes Rocañin JC. *Psiquiatría y derecho: Dos ciencias obligadas a entenderse*. Manual de psiquiatría forense. Madrid: Cauce editorial. 1997:173-188.
17. Sánchez Moreno A. SIDA y drogas en la prisión de Huelva. *Semergen*, 1998; 24:807-812.
18. Pujol R. Cuidados de enfermería en los infectados por VIH en instituciones penitenciarias. Libro de actas del I Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria 1993; 189-197.

AGRADECIMIENTO

A Mar Santos Fernández, auxiliar de clínica del centro penitenciario de Villabona.

CORRESPONDENCIA

Dr. D. Andrés Martínez Cordero
 Servicios Médicos
 Centro Penitenciario de Villabona
 Finca Tabladiello,
 33480 Villabona-Llanera (Asturias).