

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias de la Salud

Prevalencia, control y seguimiento de enfermedades crónicas en la población mayor de edad, femenina, privada de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Mujeres de Quito “El Inca” diagnosticadas hasta septiembre del 2010

María Soledad Vacas Dávila

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Médico

Quito, Diciembre 2010

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias de la Salud

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Prevalencia, control y seguimiento de enfermedades crónicas en la población mayor de edad, femenina, privada de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Mujeres de Quito “El Inca” diagnosticadas hasta septiembre del 2010

María Soledad Vacas Dávila

Dr. Rafael Febres Cordero

Director de Tesis y

Miembro del Comité de Tesis

Dr. Julio Mera

Miembro del Comité de Tesis

Dr. Juan Sánchez

Miembro del Comité de Tesis

Dr. Enrique Noboa

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Quito, Diciembre de 2010

© Derechos de autor

María Soledad Vacas Dávila

2010

Resumen

Problemática: El sistema carcelario en el Ecuador presenta múltiples problemas, generados principalmente por la sobrepoblación carcelaria y falta de recursos para la atención adecuada. Dentro de estos problemas se destaca el control y manejo inadecuado de patologías crónicas de salud, basado tanto en la falta de datos estadísticos actualizados, así como en el déficit económico para la atención de problemas de salud.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, analítico transversal de punto mediante la revisión de historias clínicas y realización de entrevistas individuales en la población del estudio. Además se utilizó estadísticas de dispersión central para la presentación y evaluación de resultados. Se utilizaron universos de 287 y 143 personas enfocados a los diferentes parámetros valorados.

Resultados: La prevalencia de patología crónica es de 49,4%, siendo las cinco principales patologías: dislipidemia, hipertensión arterial, obesidad, sobrepeso, anemia ferropénica y diabetes mellitus. El porcentaje de personas que reciben tratamiento por patología alcanza el 23% con adherencia al tratamiento del 60 al 70%. El porcentaje de personas que mantienen un control médico periódico supera el 50% para todas las patologías, excepto la obesidad. Las personas que mantienen un cambio del estilo de vida como dieta y ejercicio corresponden al 24 y 40% respectivamente. El porcentaje de personas que han recibido capacitación o información sobre su patología alcanza el 52% realizado en los últimos 6 meses y 22% dentro del último mes.

Conclusiones: Se ha determinado que aproximadamente el 50% de las internas presentan patología crónica, de las cuales la dislipidemia es la predominante. Existe una pobre adhesión al tratamiento farmacológico, así como carencia de programas terapéuticos alternativos, seguimiento y educación continua sobre sus patologías.

Abstract

Problem: The prison system in Ecuador presents a vast number of problems, mainly generated by the jails overpopulation and by the lack of resources for an adequate attention. One of the most important problems is the insufficient control and inappropriate management of chronic health pathologies. This is because of the lack of up-to-date statistical data, as well as for the economic deficit for the attention of these problems.

Methods: This project includes the results from a cross-sectional descriptive, analytical point study performed with the review of clinical histories and individual interviews of the prison's population. Statistics of central dispersion were also used to present and evaluate the results. The study used samples of 287 and 143 people, focused on different valued parameters.

Results: The prevalence of chronic pathologies is 49.4%, being the five major pathologies: dislipidemia, arterial hypertension, obesity, overweight, iron deficiency anemia and diabetes mellitus. The percentage of people receiving treatment for their pathology is 23% with adherence to treatment of 60-70%. The percentage of people who maintain periodic medical controls exceeds 50%, for all diseases except for obesity. People who keep a change of lifestyle such as diet and exercise are 24 and 40% respectively. The percentage of people who have received training or information about their pathology reaches 52% in the last 6 months and 22% within the last month.

Conclusions: This study found out that approximately 50% of the inmates present chronic pathology where dislipidemia is the predominant. There is a poor adherence to pharmacotherapy, as well as lack of alternative therapeutic programs, monitoring and continuous education on their pathologies.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	1
2. Fundamento Teórico.....	3
a. Situación carcelaria general.....	3
b. Situación carcelaria en el Ecuador.....	3
c. Situación de Salud carcelaria en el exterior.....	5
d. Centro de Rehabilitación Social de Mujeres El Inca.....	7
i. Perfil demográfico.....	8
ii. Atención de Salud.....	9
3. Metodología.....	12
a. Criterios de Inclusión/Exclusión.....	12
b. Estadística.....	13
c. Instrumentos.....	13
d. Recursos.....	14
4. Resultado y Análisis de resultados.....	15
a. Perfil demográfico.....	15
b. Prevalencia de enfermedades crónicas.....	21
c. Tratamiento.....	25
d. Seguimiento, cambios de estilo de vida y educación.....	27
5. Conclusiones.....	33
6. Recomendaciones.....	35
7. Bibliografía	

8. Anexos.....37
- a. Anexo 1: Carta de aprobación por parte de la facultad de medicina de la USFQ
 - b. Anexo 2: Carta de aprobación del Comité de Bioética de la USFQ
 - c. Anexo 3: Consentimiento informado
 - d. Anexo 4: Protocolo de Tesis
 - e. Anexo 5: Formulario de recolección de datos

LISTA DE FIGURAS

1. Cuadro 1: Porcentajes de internas por tipo de delito.....	8
2. Tabla 1: Perfil demográfico.....	9
3. Gráfico 1: Enfermedades crónicas.....	11
4. Gráfico 2: Distribución por edad de la población del CRSFQ a Septiembre 2010.	16
5. Gráfico 3: Distribución según lugar de origen.....	17
6. Gráfico 4: Proporción comparativa entre países específicos y continentes de origen.....	17
7. Tabla 2: Distribución por provincias de lugar de origen del CRSFQ.....	18
8. Gráfico 5: Distribución por estado civil del CRSFQ.....	19
9. Gráfico 6: Número de hijos por persona en el CRSFQ.....	19
10. Gráfico 7: Principales causas de reclusión en CRSFQ.....	20
11. Gráfico 8: Años de reclusión.....	21
12. Tabla 3: Distribución por patología crónica.....	22
13. Gráfico 9: Distribución por patología en CRSFQ.....	23
14. Gráfico 10: Distribución de patologías crónicas por sistema principal.....	24
15. Gráfico 11: Porcentajes de alteración ósea.....	25
16. Gráfico 12: Tratamiento por patología.....	26
17. Gráfico 13: Porcentaje de adherencia al tratamiento.....	27
18. Gráfico 14: Controles subsecuentes por patología.....	28
19. Gráfico 15: Periodicidad de controles subsecuentes.....	29
20. Gráfico 16: Cambio de estilo de vida (Dieta y Ejercicio).....	29

21. Gráfico 17: Cambios de estilo de vida por patología.....	30
22. Gráfico 18: Porcentaje de personas que reciben capacitación.....	31
23. Gráfico 19: Periodicidad de la capacitación.....	32

INTRODUCCIÓN

El sistema carcelario a nivel mundial, especialmente en Latinoamérica, ha sido continuamente descrito como la entidad encargada de cumplir dos funciones dentro de la seguridad ciudadana, las cuales constan en disuadir a la persona a no cometer más infracciones y recientemente en la rehabilitación y reinserción de las personas privadas de la libertad (ppl) a la sociedad, como entes productivos de ésta (Carrión, 1). La misión de estos centros de rehabilitación social, nace del hecho de que la mayoría de personas involucradas en delitos pertenecen a una condición socioeconómica baja, con valores negativos (Ceas Perú, 5), falta de educación, condiciones infrahumanas (Martínez, 12-13) y quienes en lugar de adoptar una postura positiva, salen de las cárceles con más estrategias para delinquir y con alteración de su salud integral (Ceas Perú, 6), explicando de esta manera las altas tasas de reincidencia y la solicitud constante de la población de penas más severas y prolongadas a las aplicadas actualmente (Ceas Perú, 6).

Adicionalmente, a pesar de que en las cárceles y penitenciarias se encuentran personas pertenecientes a los grupos más vulnerables, se denuncian constantemente violaciones a los derechos humanos, altos niveles de hacinamiento, malas condiciones, tanto de infraestructura como de sanidad y salud, tratos inhumanos y degradantes para las personas privadas de la libertad, escasez o inadecuada calidad de alimentos, falta de atención médica, acceso inadecuado a educación, trabajo, recreación y finalmente inseguridad jurídica (Martínez, 12-13), por lo cual se producen altas tasas de personas reclusas sin sentencia durante periodos prolongados de tiempo.

La combinación de varios factores, incluyendo aquellos previos a la encarcelación como las condiciones de vida durante su estadía en los centros, ha provocado que la población carcelaria a nivel mundial sufra un importante deterioro de su salud, tanto física como mental, convirtiéndose en una de las poblaciones con mayor requerimiento y utilización de los cuidados de salud (Baillargeon, 4). A pesar de esto, poca o nula información se conoce sobre el estado general de salud de los internos, enfermedades prevalentes y requerimientos de diagnóstico y tratamiento (Baillargeon, 4), limitándose básicamente a la atención de emergencia en algunos casos y ausencia de programas de prevención o tratamiento de enfermedades de alto riesgo (Niedda, 3).

FUNDAMENTO TEÓRICO

- **Situación carcelaria general**

A nivel mundial, según el estudio realizado en Panamá en el 2006, las tasas de población penitenciaria varían importantemente entre regiones, incluyendo América Latina con 90 reclusos por 100,000 habitantes, Centroamérica y Panamá con 165 y 335 reclusos por 100,000 habitantes respectivamente y finalmente Suramérica con 113 reclusos por 100,000 habitantes. Adicionalmente, se ha comprobado que la población de internos para América Latina, a pesar de menor a las de Estados Unidos, es superior a la de países europeos (Niedda, 6).

- **Situación carcelaria en el Ecuador**

En el caso del Ecuador, a nivel nacional se cuenta con 35 centros de rehabilitación social distribuidos en 17 provincias de la siguiente manera: 14 en la Costa, 19 en la Sierra y 2 en el Oriente (Núñez, 4). De estos, 10 son de varones, 4 de mujeres, 20 mixtas y 1 de detención provisional (Gallardo, 4). Adicionalmente, según Néstor Arbo, ministro de Justicia y Derechos humanos, la población carcelaria actual fluctúa entre 11 mil a 12 mil personas, con

un incremento del 8% anual (Carrión, 1), 90% de las cuales son varones, 10% mujeres (Pontón, 5), 53% distribuidos en la Sierra, 45% en la Costa y 2% en el Oriente (Núñez, 5). Es importante recalcar que los delitos por drogas ilegales se han convertido en la principal causa de detención (Núñez, 5).

En cuanto al presupuesto del Estado destinado para las cárceles, este otorgaba hasta el 2005 menos de un dólar diario por interno, con el cual debía proporcionarse comida y servicios básicos, procurando completar el resto de bienes necesarios, incluyendo salud, a partir de fondos privados (Vásconez, 27). Sin embargo, para el 2008 el presupuesto aumento para \$7 individuales, los cuales no siempre llegan completos al centro (El Hoy, 1).

La reincidencia en el país es considerada relativamente baja para el grupo de internas (Cárcel de Mujeres), con un promedio de dos veces; sin embargo esto representa una problemática a nivel social ya que este grupo cada vez recibe menos ayuda de fuentes exteriores, convirtiéndose en una población abandonada y aislada al interior de los centros (Vásconez, 28).

Respecto a la tasa de hacinamiento, se observa una reducción importante de 170% al 30%; sin embargo este porcentaje aún es elevado para las proyecciones propuestas (Arbitó, 1). Adicionalmente, para el cuidado de las personas en los centros se cuenta con un guía por cada 80 internos, resultando insuficiente en la realidad carcelaria (El Hoy, 1). En relación al cuidado de salud, se ha destinado a nivel nacional, 42 médicos, 130 rehabilitadores sociales y ningún psiquiatra (Carrión, 1), describiéndolo continuamente como un servicio ineficiente y en muchas ocasiones inexistente, el cual acompañado de la sobrepoblación, hacinamiento y violencia han llevado a la crisis del sistema penitenciario en nuestro país (Núñez, 8).

- **Situación de Salud carcelaria en el exterior**

Actualmente, a pesar de que las personas privadas de su libertad son consideradas como un grupo vulnerable, estas han sido constantemente excluidas de las encuestas de salud nacional, por lo cual se tiene poco o nulo conocimiento sobre la prevalencia de enfermedades, tanto agudas como crónicas, en los centros (Binswanger A, 912). Esto a la vez lleva a la inexistencia de programas de diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades en este grupo, aumentando las necesidades de atención de salud en casos emergentes y terminales, dificultando a largo plazo la reinserción de internos a la sociedad general (Baillargeon, 4).

Como consecuencia de esta situación, se han realizado varios estudios a nivel mundial, con la finalidad de obtener datos de esta problemática y determinar a futuro las necesidades específicas y la manera de solucionarlas. Uno de los estudios más importantes y reconocidos, es el realizado en Estados Unidos en el año 2009, en personas recluidas de 18 a 65 años de edad, basados en encuestas de salud previas del periodo 2002-2004. La finalidad de esta investigación fue la de comparar la prevalencia de enfermedades crónicas en personas privadas de su libertad versus la población en general (Binswanger A, 912).

Los resultados obtenidos reflejan que el grupo de personas encarceladas presentó una mayor prevalencia de hipertensión, asma, artritis, hepatitis y cáncer cervical, no existió diferencia en cuanto a angina, diabetes mellitus e infarto de miocardio y finalmente se encontró una menor prevalencia de obesidad y desnutrición (Binswanger A, 912).

Otro de los estudios fundamentales de salud carcelaria fue realizado en Texas en abril del 2002, con la finalidad de examinar las enfermedades prevalentes, tanto infecciosas como crónicas, en una de las más grandes poblaciones de personas privadas de la libertad en Estados Unidos, conformada por 170,215 encarceladas entre 1997 y 1998. Como resultado se obtuvo que las patologías prevalentes fueron en primer lugar enfermedades infecciosas (29,6%), seguidas de enfermedades de músculo esquelético y tejido conectivo (15,3%), sistema circulatorio (14%), desordenes mentales (10,8%) y finalmente sistema respiratorio (6,3%). (Baillargeon, 2)

En cuanto a patologías específicas, se encontró evidencia de infección con tuberculosis sin enfermedad pulmonar activa predominantemente, seguida de hipertensión, asma, lumbalgia y hepatitis viral. A partir de la información, se concluyó que la población carcelaria presentó tasas de prevalencia sustancialmente mayores a aquellas reportadas en la población general y que a partir de esto se podría desarrollar sistemas de cuidados de salud más eficientes dentro de los centros de rehabilitación (Baillargeon, 2).

Estadísticas de la Comisión Nacional de Cuidado de Salud en las Correccionales (HCCHC en Estados Unidos) realizadas en el 2002, afirman que los internos presentan mayores tasas de enfermedades contagiosas, incluyendo HIV, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, patologías crónicas, como asma, diabetes e hipertensión y finalmente desordenes mentales. (Parker, 1).

En último lugar, de acuerdo al artículo publicado por Ingrid Bingswanger en el 2010 sobre enfermedades crónicas en las prisiones y cárceles en Estados Unidos y su comparación con la población general, se encontró como hallazgo que las patologías crónicas prevalentes en

hombres y mujeres de 34 a 49 años de edad fueron sobrepeso (47%), hipertensión y obesidad (24%), artritis (23%), asma (13%) y hepatitis (12%). En cuanto a la población general, se demostró que las personas privadas de la libertad tuvieron mayor prevalencia de hipertensión, asma, artritis, cáncer cervical (mujeres) y hepatitis, no hubo diferencia en diabetes, angina o infarto de miocardio, y se encontró menor prevalencia de obesidad. (Bingswanger, 1)

- **Centro de Rehabilitación Social de Mujeres El Inca (CRSFQ)**

El CRSFQ se encuentra en la ciudad de Quito, en el sector El Inca, y constituye la única cárcel de mujeres de la ciudad. La población de este centro hasta julio del 2010, de acuerdo al informe de la dirección nacional de rehabilitación social, es de 310 internas; sin embargo la capacidad instalada es de 234 personas, con una resultante tasa de hacinamiento de 76% (CRS, 10).

En cuanto a la situación judicial, 164 del total de internas cuentan con sentencias, mientras el restante 146 se encuentra en situación se procesada (CRS, 10). De acuerdo al tipo de delito al ingreso, la mayoría pertenece a tráfico de drogas y estupefacientes, como se observa en el siguiente cuadro (Núñez, 5):

Cuadro I: Porcentajes de internas por tipo de delito		
Tipo de delito	Internas Quito	Internas Guayaquil
Contra las personas	5 %	5 %
Contra la propiedad	5 %	10 %
Estupefacientes	75 %	77 %
Otros	15 %	8 %
TOTAL	100	100
Fuente: FLACSO, Encuesta a Centros de Rehabilitación Social, 2005		

Dentro del centro existe la posibilidad de dedicarse a diferentes actividades, incluyendo artesanías y manualidades (81 ppl), costura industrial (25ppl), comerciantes (15 ppl), jornaleros (9ppl), panadería (3ppl), entre otras (100 ppl). Finalmente, para el cuidado dentro del centro se cuenta con 44 guías (CRS, 10).

○ Perfil Demográfico

De acuerdo a la encuesta realizada por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) en el 2005, el grupo de edad predominante en el Centro de Rehabilitación Social Quito es el de 18 a 45 años, con una tendencia más joven comparada a la población general; adicionalmente predomina la raza mestiza por sobre la negra, mulata, blanca e indígena; respecto al nivel de educación, 6% no tiene ninguna instrucción, 41% primaria, 40% secundaria y 13% superior. (Gallardo, 21- 26).

En cuanto a estado civil, solo 42% tienen pareja estable, sin embargo 75% declaró tener hijos en su estructura familiar. Es importante recalcar que a pesar de que la mayoría de las reclusas son de origen ecuatoriano, existe todavía un índice elevado de extranjeras, especialmente de Colombia (Gallardo, 21- 26).

Tabla 1: Perfil Demográfico

Edad		E Civil		Instrucción		Origen	
18-24	22%	Solteras	37 %	Media o secundaria	40%	Extranjeras	36,1%
25-30	30 %	Casadas y Unión libre	42%	Primaria	41%	Colombianas	21,8 %
31-45	35%	Divorciada, viudas	21%	Superior	13%	Ecuatorianas	63,9%
>46	14 %			Ninguno	6%		

Fuente: FLACSO, encuesta a Centros de Rehabilitación Social, 2005 (Gallardo, 21- 26).

o Atención de Salud

En cuanto a la atención médica dentro del Centro de Rehabilitación, es importante recalcar que ésta ha sido descrita anteriormente como inexistente e inadecuada (Núñez, 8). De acuerdo a los registros de la FLACSO, realizados en el 2005 en este centro, 60% de las

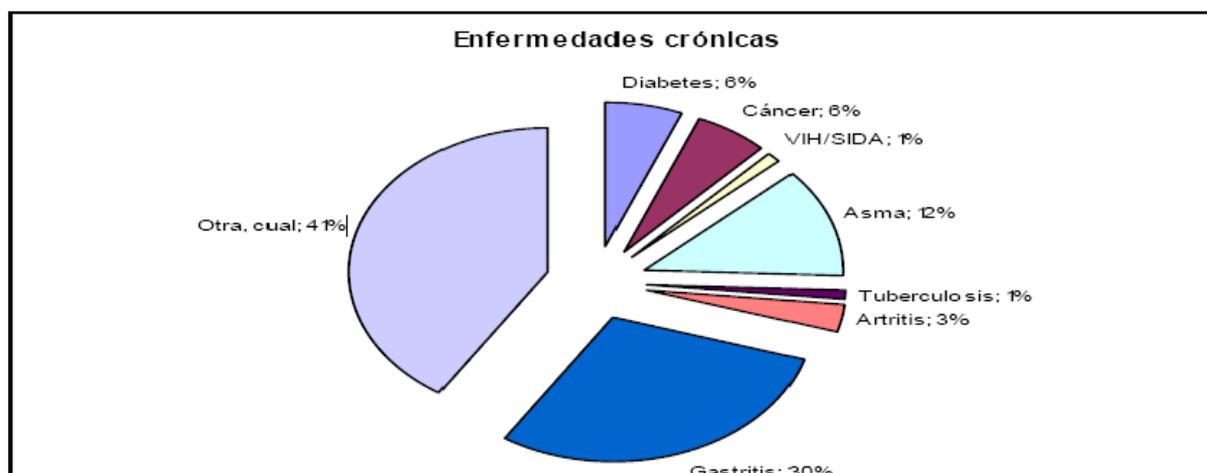
internas no presentaron ningún tipo de enfermedad o accidente en el lapso de un mes; sin embargo los porcentajes de enfermedades intestinales y respiratorias presentaron cifras elevadas, con un 15% y 18% respectivamente, probablemente atribuible a las condiciones de vida, alimentación e higiene que caracteriza al centro (Gallardo, 39-40).

Respecto a la atención que requiere este tipo de patologías temporales, se encuentra como hallazgo que el 59% de las internas acudió a un dispensario médico para el diagnóstico y tratamiento de su patología, mientras que el 40% de las reclusas acudió a otros medios como los guías, otras internas y finalmente a sus familiares (Gallardo, 40).

Por otro lado, llama la atención que el 18% de las internas presenta enfermedades de tipo crónico, debidamente identificadas, dentro de las cuales predominan las del sistema gastrointestinal (Gastritis 31%), respiratorio (Asma 11%), endocrinológico (Diabetes 6%) y finalmente hemato – oncológico (Cáncer 6%). Adicionalmente, se puede confirmar que la mayoría de las personas reciben atención dentro centro, mientras que el 16% no recibe ningún tipo de intervención, provocando deterioro de su salud integral y complicaciones a futuro (Gallardo, 40-41).

Como dato adicional, los embarazos en el centro, debido a las condiciones de vida, terminan en la mayoría de ocasiones en abortos (19%) y nacidos muertos (35%), con un mínimo de embarazos exitosos; de los cuales un 5% refiere no haber realizado ningún control médico. (Gallardo, 41-42).

Gráfico 1: Enfermedades crónicas



fuente: FLACSO, Encuesta a Centros de Rehabilitación Social, 2005

METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó bajo parámetros de un estudio descriptivo analítico transversal de punto, bajo la consideración de tratar con un universo finito, utilizando la totalidad del mismo para lograr una visión globalizada del CRSFQ que sea a futuro comparable o correlacionable con la realidad de salud de otros centros carcelarios. Dentro de los parámetros relevantes nos permitimos explicar los siguientes:

- **Criterios de Inclusión/Exclusión**

Se incluyó dentro del estudio a mujeres, mayores de 18 años, privadas de la libertad, en condición de indiciada y sentenciada, que hayan sido admitidas hasta el día jueves 30 de Septiembre del 2010 y que hayan sido diagnosticadas, con la documentación pertinente, de estados de salud crónicos, facultándose los diagnósticos tanto en el centro de reclusión como fuera de él.

Se excluyó a personas que hayan recobrado su libertad o que se encuentren fuera del centro de rehabilitación al momento de la recolección de datos, patologías en proceso de diagnóstico o sin diagnóstico definido.

Se excluyeron patologías características derivadas de procesos infecto-contagiosos con historia natural específica.

- **Estadística**

En concordancia con el tipo de estudio realizado, se recurrió a métodos de estadística descriptiva mediante la utilización de medidas de tendencia central y de dispersión como frecuencias, prevalencia, incidencia, media, moda, mediana y desviación estándar, cada una aplicada de acuerdo a la necesidad de la variable tabulada. El análisis de los datos tabulados se expone en la sección de resultados y anexos mediante gráficos de barras y pasteles de distribución, así como de histogramas, permitiendo una comprensión visual adecuada sobre los parámetros medidos, los mismos que se llevaron a cabo con la utilización de Microsoft Excel® como software de estadística. Se determinó que las variables a medir son edad, nacionalidad, lugar de origen, estado civil, número de hijos, causa de condena, años de sentencia, nivel de instrucción, patología crónica, tratamiento de enfermedad crónica, adherencia al tratamiento, cambios en el estilo de vida, controles subsecuentes, programas de educación y capacitación.

- **Instrumentos**

Se utilizó en primera instancia, como método para determinar las patologías existentes, la revisión de los expedientes clínicos de la población en estudio. En según lugar, la información obtenida fue registrada en un formulario de recolección de datos, en el cual se

incluyó parámetros de acuerdo a las variables estudiadas, el mismo que se adjunta en la sección de anexos; una vez determinada la presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas previamente, se realizaron encuestas dirigidas, mediante un formulario de múltiples preguntas, entre las cuales se utilizaron respuestas dicotómicas, categóricas y cuantitativas, de acuerdo a lo requerido para cada variable, disponible de igual manera en la sección de anexos.

- **Recursos**

Se utilizaron múltiples recursos para la realización del estudio, dentro de los cuales se destaca el recurso humano, conformado por personal del departamento médico (líder del departamento médico, auxiliar de enfermería, secretaria del centro médico), psicóloga del Centro de Rehabilitación, personal voluntario recluido en el CRSFQ y la autora del estudio.

Se utilizaron recursos de papelería y oficina, así como recursos de computación. El uso de recursos económicos para la realización de todo el estudio ascendió a aproximadamente 100 dólares, valor auspiciado por la autora del estudio.

El tiempo total dedicado a la realización del estudio, desde la planificación del mismo hasta la entrega del informe final, fue de tres meses con una carga horaria aproximada de 6 horas por día.

RESULTADO Y ANÁLISIS DE DATOS

El presente estudio fue realizado con la finalidad de determinar las prevalencia de distintas enfermedades de curso crónico, así como de su intervención terapéutica y prevención secundaria en el Centro de Rehabilitación Social de Mujeres Quito. Se partió con un universo total de 287 personas incluidas en el estudio, se excluyó 17 personas de las cuales no existe registro de atenciones ni historia clínica médica previa, así como a 31 personas que ingresaron al Centro de Rehabilitación en fecha posterior a la del corte del estudio, por lo cual, a pesar de que la población total en el centro es de 335 personas, el análisis estadístico y publicación de resultados se realiza en base a un universo total de 287 personas.

- **Perfil Demográfico**

Dentro de las características demográficas principales del centro, se encontró que la mayor parte de la población se encuentra entre los 26 a 40 años de edad, conformando el 46%, seguido de las personas entre 41 y 50 años, con un 24% y las personas entre 18 a 25 años con un 20%, siendo minoritarias las poblaciones mayores a 50 años, presentando personas de la tercera edad privadas de la libertad.

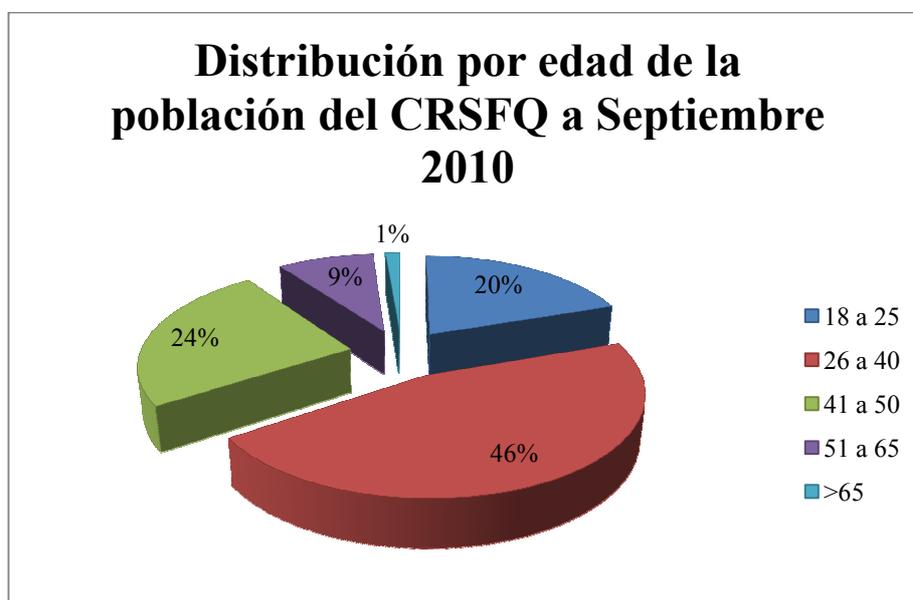


Gráfico 2. Fuente: Registro único de internas del CRSFQ a septiembre 2010

Respecto al lugar de origen, se encontró como hallazgo que el 70% de las personas privadas de la libertad en el centro son de nacionalidad Ecuatoriana, en comparación con el 30% de extranjeras, de las cuales la mayoría proviene de Centro y Sur América, destacándose entre ellos los países de Colombia y México, seguido de personas provenientes de Europa y África, en especial de países como España y Sudáfrica, como se puede observar en los gráficos siguientes.

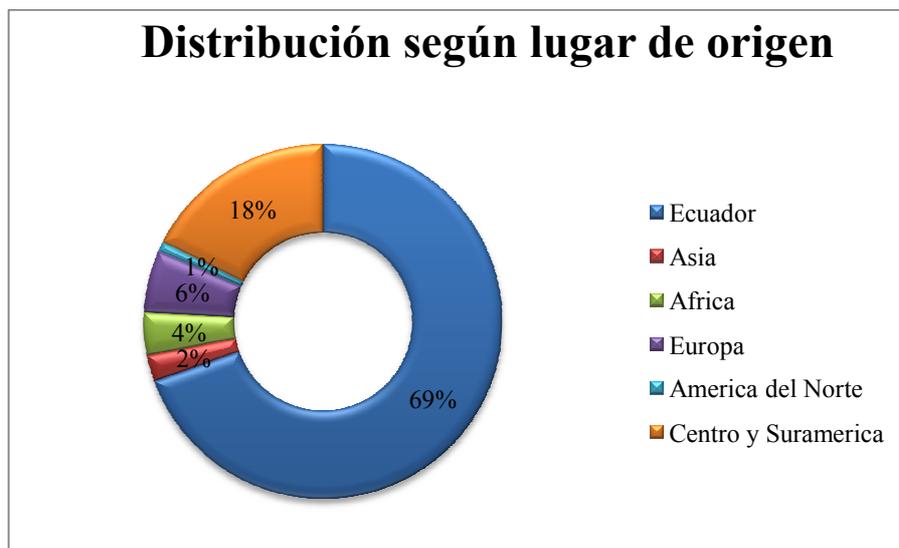


Gráfico 3. Fuente: Registro único de internas del CRSFQ a septiembre 2010

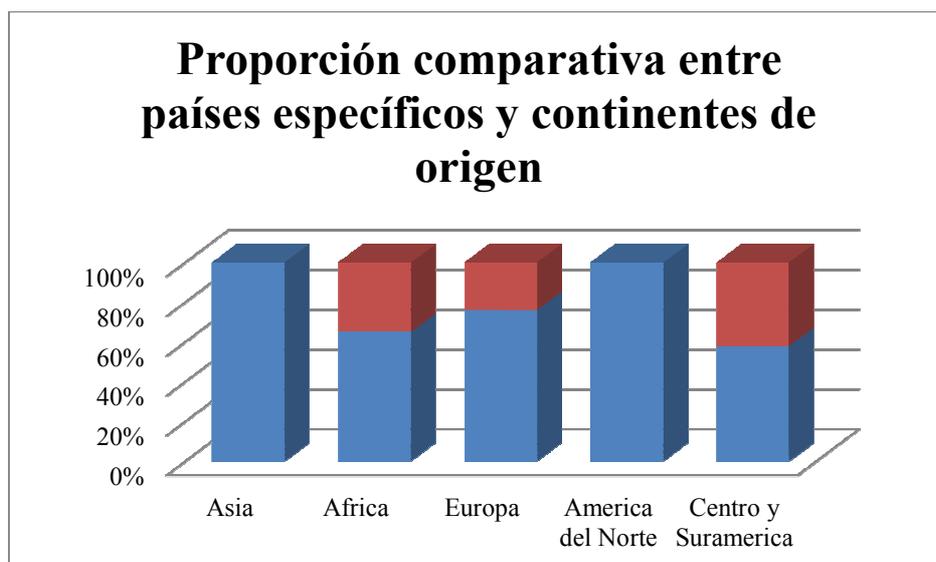


Gráfico 4. Fuente: Registro único de internas del CRSFQ a septiembre 2010

Considerando que el Centro de Rehabilitación El Inca se encuentra localizado en la capital de la provincia de Pichincha, siendo este un centro de referencia desde múltiples zonas

de la parte norte del país y debido a la capacidad del mismo, a continuación se hace mención sobre el lugar de origen de las personas con nacionalidad Ecuatoriana del centro, viéndose un predominio marcado de las provincias de Pichincha, Manabí, Guayas y Esmeraldas, siendo Quito, Guayaquil, Esmeraldas y Manabí las ciudades con mayor proporción de personas recluidas en el centro.

Tabla 2: Distribución por provincias de lugar de origen en CRSFQ

Azuay	8	3,0%	Cuenca	100%
Bolivar	3	1,3%		
Cañar	1	0,5%		
Carchi	4	1,8%		
Chimborazo	3	1,3%		
Cotopaxi	4	1,8%		
El Oro	1	0,5%		
Esmeraldas	21	9,0%	Esmeraldas	76%
Guayas	23	10,0%	Guayaquil	86%
Imbabura	3	1,3%		
Loja	11	4,7%	Loja	72%
Los Rios	2	0,9%		
Manabí	27	11,6%	Manabí	37%
Napo	1	0,5%		
Nueva Loja	1	0,5%		
Pastaza	1	0,5%		
Pichincha	110	47,0%	Quito	83%
Sucumbíos	3	1,3%		
Tungurahua	6	2,5%	Ambato	83%
TOTAL	233	100%		

Fuente: Registro único de internas del CRSFQ a septiembre 2010

Como datos adicionales generales, las personas del Centro de Rehabilitación Social, en cuanto a su estado civil, son en su mayoría solteras (42%); sin embargo, existe mayor número de mujeres con hijos, siendo la frecuencia predominante de uno a tres hijos con un 56%.

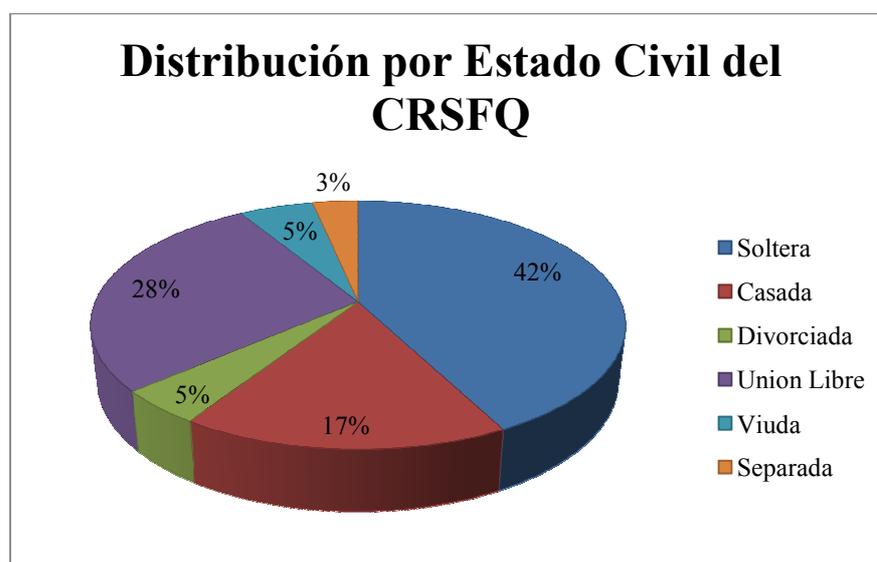


Gráfico 5. Fuente: Registro único de internas del CRSFQ a septiembre 2010

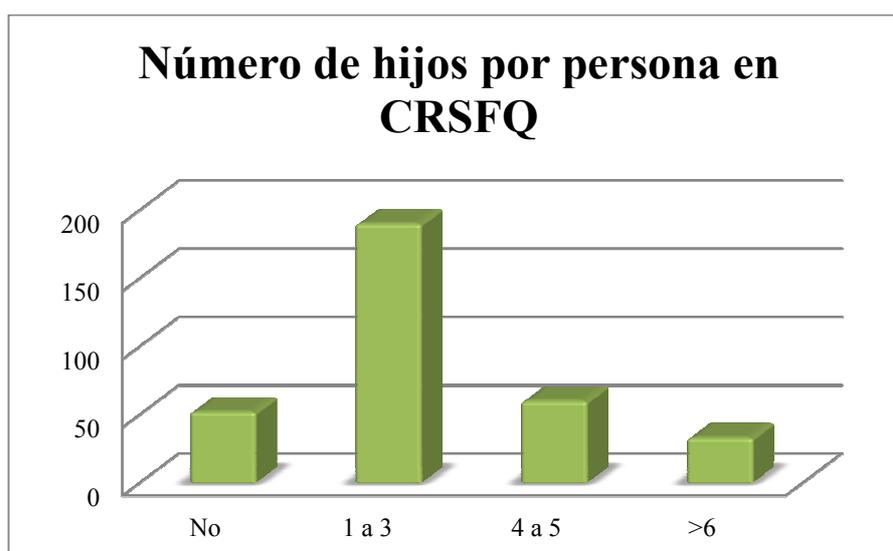


Gráfico 6. Fuente: Registro único de internas del CRSFQ a septiembre 2010

Finalizando la descripción demográfica, es importante indicar las principales causas por las cuales las personas se encuentran privadas de su libertad, así como el número de años a los cuales han sido sentenciadas, lo que nos permitirá tener una visión global sobre estos datos y la interacción con la presentación de patologías crónicas, su tratamiento y seguimiento; es así que se tiene como principal causa de reclusión el tráfico de drogas y sustancias estupefacientes (67%), seguida de otras causas como robo y asesinato. En cuanto al número de años de sentencia, la mayor parte de ellas cumplen penas entre ocho y quince años (37%), llamando la atención que el porcentaje de personas sin sentencia es similar.

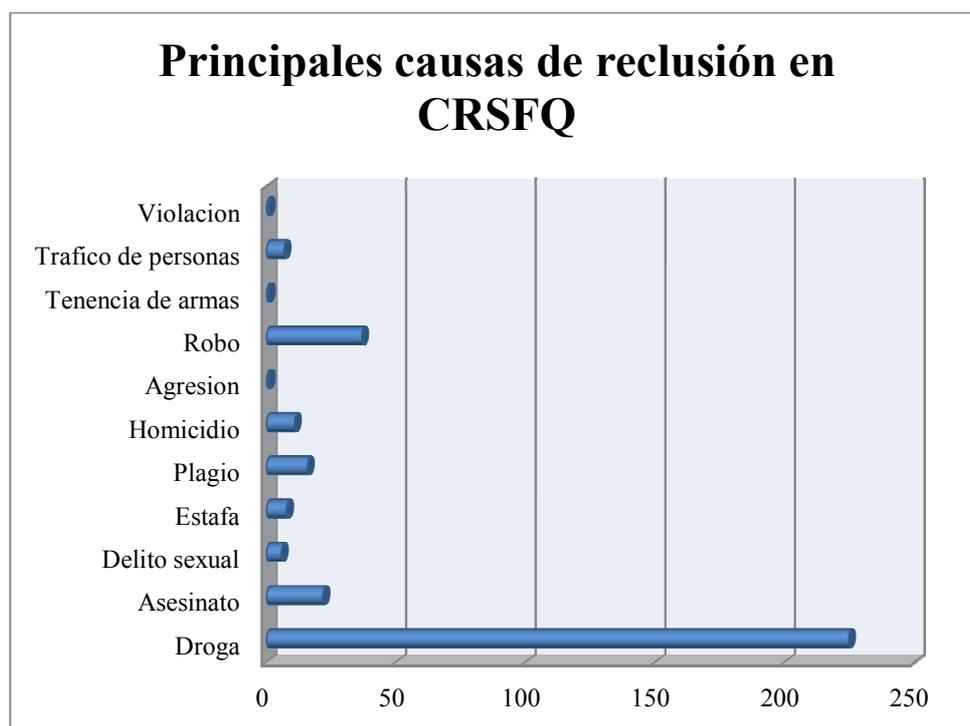


Gráfico 7. Fuente: Registro único de internas del CRSFQ a septiembre 2010

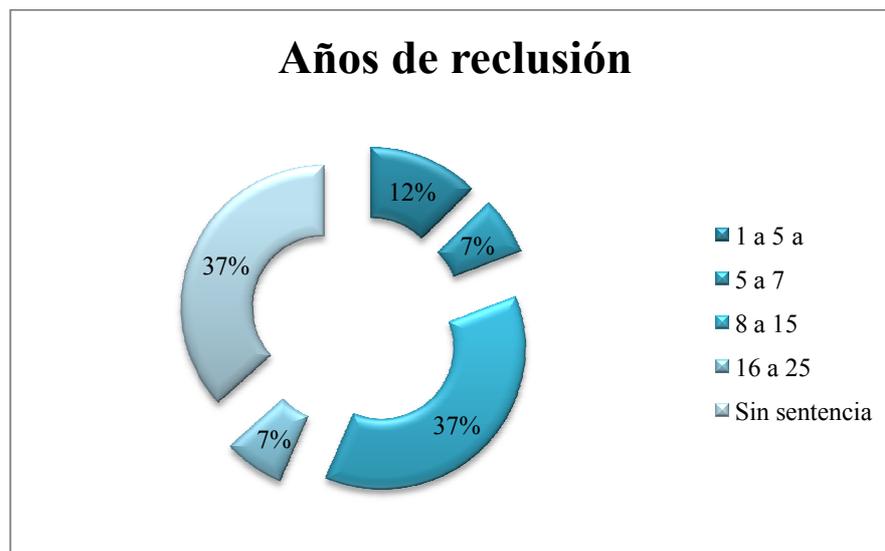


Gráfico 8. Fuente: Registro único de internas del CRSFQ a septiembre 2010

- **Prevalencia de enfermedades crónicas**

Una vez establecidas las características demográficas del Centro de Rehabilitación, y de acuerdo a los objetivos del presente estudio, se procedió a determinar la prevalencia de enfermedades crónicas existentes basada en los registros del centro médico de esta institución. Se obtuvo como punto de partida que dentro de la población estudiada, el 49,4% de personas presentan algún tipo de patología crónica diagnosticada y debidamente registrada en su expediente clínico. Posteriormente, analizando los resultados, con la finalidad de determinar las cinco patologías principales dentro del grupo de personas con enfermedad crónica, se encontró que la patología con mayor prevalencia fue la dislipidemia no específica, incluyendo tanto la hiperlipidemia mixta como hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia aisladas,

constituyendo un 18,8% en relación a la población total del estudio y 37,7% de las reclusas con patología crónica establecida; en segundo lugar de frecuencia se encontró la hipertensión arterial esencial, con un 13,5% en relación a la población total del estudio y 27,2% de internas con patología crónica respectivamente. En los siguientes lugares, se encuentra la obesidad, (8,7% y 17,4%), seguida de anemia ferropénica y sobrepeso (4,8%, 9,7%) y finalmente de diabetes mellitus (3,4% y 6,9%), incluyendo tanto la tipo 1 como la 2.

Patología	TOTAL (# p)	% población Total (287p)	% de patologías Crónicas (143p)	Patología	TOTAL (# p)	% Población Total (287p)
Hiperlipidemia Mixta	22					
Hipertrigliceridemia A	14			OTRAS		
Hipercolesterolemia A	18					
Dislipidemia Total	54	18,8%	37,7%	Desnutrición	1	0,3%
HTA	39	13,5%	27,2%	ECV isquémico	1	0,3%
Obesidad	25	8,7%	17,4%	Sd. Metabólico	1	0,3%
Anemia ferropénica	14	4,8%	9,7%	Sd. Nefrótico	1	0,3%
Sobrepeso	14	4,8%	9,7%	Valvulopatía	1	0,3%
Diabetes	10	3,4%	6,9	Hemiplejia	1	0,3%
Hipotiroidismo	5	1,7%		Adenoma hipofisario	1	0,3%
Artritis	5	1,7%		Angina	1	0,3%
Artritis Reumatoidea	4	1,3%		Artrosis	1	0,3%
Discopatía	3	1%		Epilepsia	1	0,3%
VIH	3	1%		Tb pulmonar	1	0,3%
Gastritis Crónica	3	1%		Úlcera Duodenal	1	0,3%
Úlcera Gástrica	3	1%		Trastorno Bipolar	1	0,3%
Colon Irritable	3	1%		ICC	1	0,3%
Hipertiroidismo	3	1%		Neoplasia	1	0,3%
Arritmia	2	0,6%		Retardo Mental	1	0,3%
Hepatitis C	2	0,6%		Rinitis crónica	1	0,3%
Nefropatía	2	0,6%		Hiperparatiroidismo	1	0,3%
Catarata	2	0,6%		TOTAL	216	
LIE alto grado NIC II-III	2	0,6%				

Tabla 3. Fuente: Expedientes clínicos del CRSFQ a Septiembre del 2010

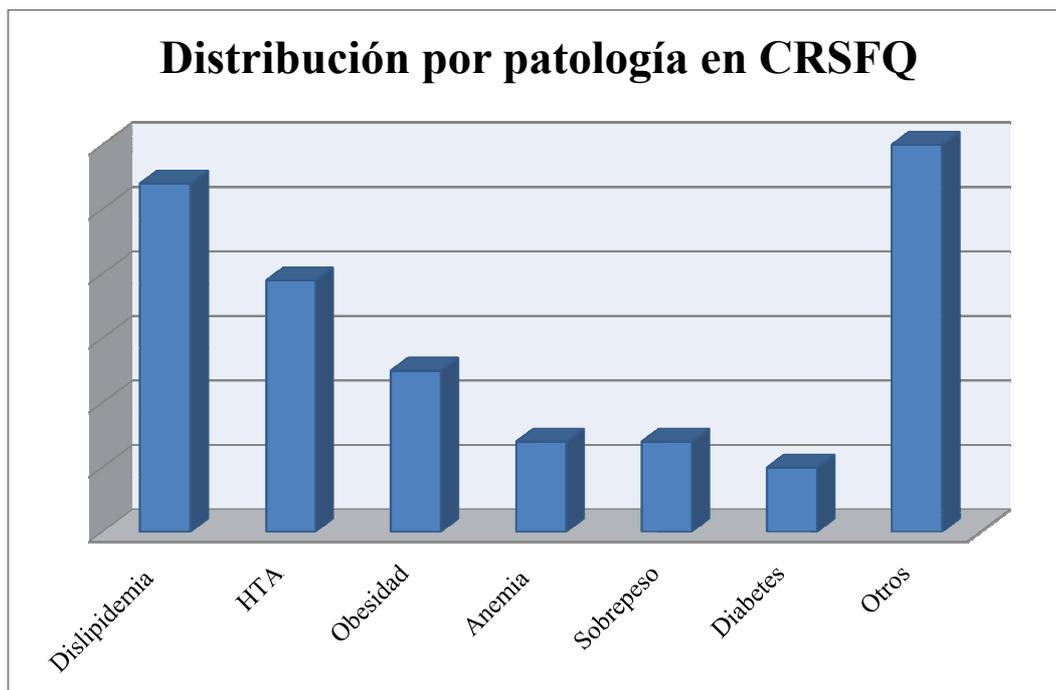


Gráfico 9. Fuente: Expedientes clínicos del CRSFQ a Septiembre del 2010

Debido a la asociación múltiple de patologías en un enfermo crónico, se consideró importante la determinación respecto a la afectación de sistemas funcionales, permitiendo una visión global del estado de salud de la persona, más allá de la simple clasificación por patología específica. De acuerdo a este objetivo, en la distribución por sistemas afectados se puede observar la predominancia del aspecto metabólico con un 44%, cardiovascular en un 20%, endocrinológico 9% y hemato-oncológico 7%, como se observa en el gráfico siguiente.

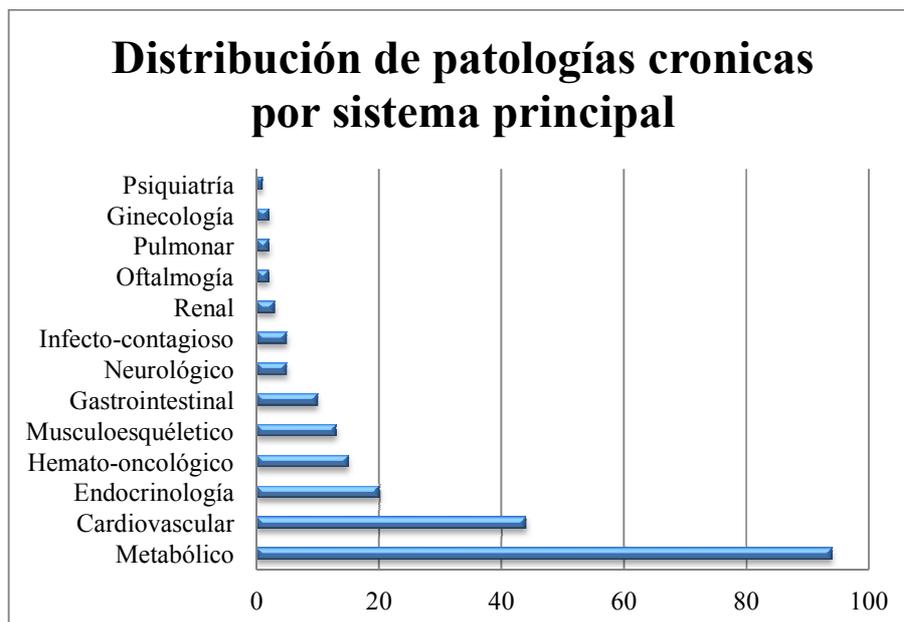


Gráfico 10. Fuente: Expedientes clínicos del CRSFQ a Septiembre del 2010

Es fundamental el recalcar que de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en cuanto a enfermedades tanto agudas como crónica a nivel nacional, las patologías predominantes son enfermedades cardíacas (9%), con un mayor número de casos de insuficiencia y paro cardíaco, patología cerebrovascular (5,4%), diabetes mellitus (4,5%), neumonía (4,5%) y enfermedades isquemias del corazón (4,3%) (INEC, 1).

En base a esta información, se puede observar que similar a la población general, las patologías cardiovasculares y la diabetes mellitus presentan porcentajes elevados; sin embargo se puede ver gran variación en cuanto a alteración metabólica, predominante en el Centro de Rehabilitación.

Dentro de los programas que estaban en vigencia en el CRSFQ durante el periodo de realización del estudio se encontraba la determinación e investigación del compromiso de mineralización ósea en la población, debido a que esto fue solo una intervención diagnóstica y no terapéutica, no se lo considero dentro del perfil distributivo de enfermedades. Sin embargo, se expone los resultados obtenidos a continuación.

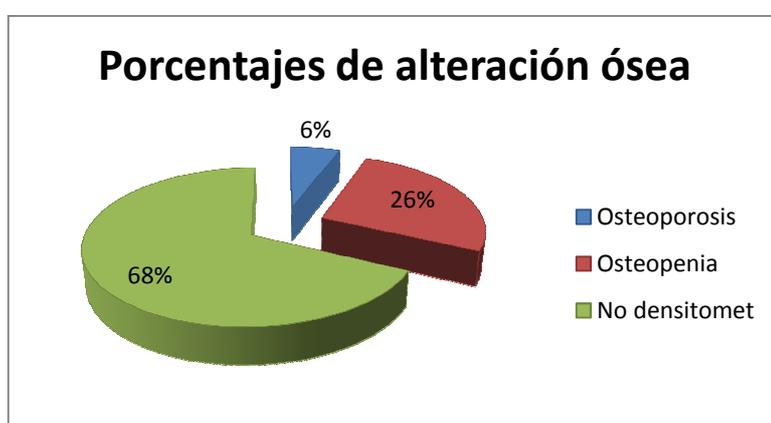


Gráfico 11. Fuente: Expedientes clínicos del CRSFQ a Septiembre del 2010

- **Tratamiento**

Dentro de la secuencia de objetivos planteados para la realización del estudio, una vez determinada la prevalencia de enfermedades crónicas, y las principales entre las mismas, se procedió a realizar las entrevistas individuales a las personas con diagnóstico previo de patología crónica. De un total de 143 personas con historial positivo, se realizaron 129 entrevistas, en base a lo cual se llevó a cabo el análisis posterior sobre el tratamiento, control,

seguimiento y educación de las enfermedades. El número restante de personas (14 ppl), en su libre derecho, rehusó a participar en la entrevista.

Se cuantificó el porcentaje de personas que reciben tratamiento para su patología específica, sin hacer diferenciación en tratamientos específicos guiados a diferentes patologías. De esto, se obtuvo que el 23% recibe tratamiento específico para su enfermedad, del cual en la evaluación de los cinco diagnósticos principales se observó que existe un mayor índice de tratamiento en personas con hipertensión y diabetes, llegando al 48% y 67% respectivamente. Sin embargo, en diagnósticos como dislipidemia, obesidad y especialmente sobrepeso se encuentra índices menores al 10%.

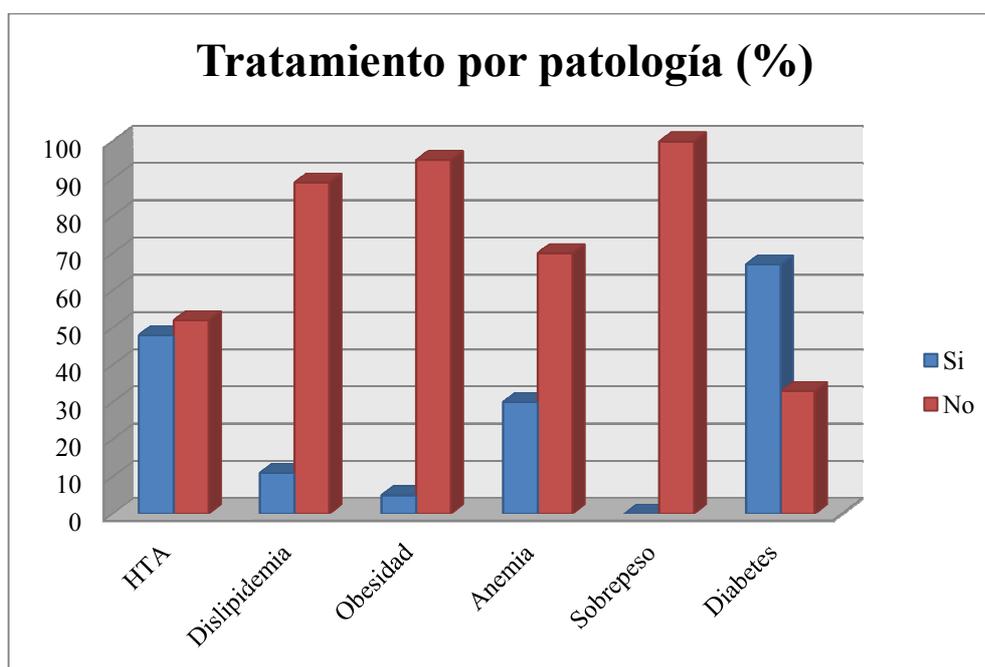


Gráfico 12. Fuente: Entrevistas realizadas en el CRSFQ a Septiembre 2010

Enfocándose en las personas que están bajo un régimen terapéutico, se evaluó la adhesión que presentan al mismo, encontrándose valores entre 60 y 70% en dislipidemia, hipertensión y diabetes. Cabe recalcar que en otras patologías prevalentes, como la anemia y la obesidad, la adhesión al tratamiento llega al 100%, sin embargo estos valores se encuentran condicionados al bajo número de pacientes que reciben tratamiento con respecto a la población total que presenta la enfermedad.

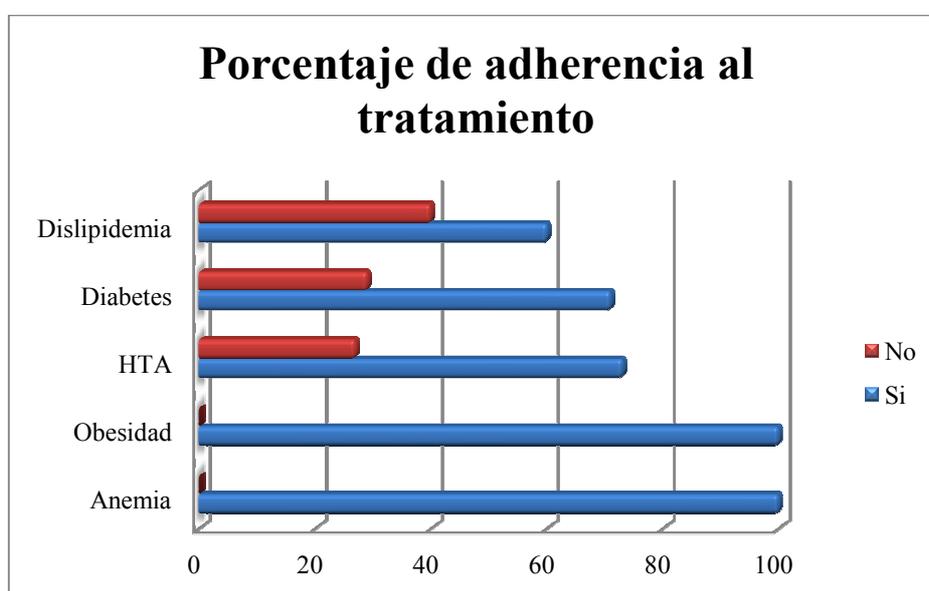


Gráfico 13. Fuente: Entrevistas realizadas en el CRSFQ a Septiembre 2010

- **Seguimiento, cambios de estilo de vida y educación.**

En cuanto al seguimiento médico, a corto y largo plazo, independientemente de la causa o motivación a realizarse o no controles, se evidenció que la menor prevalencia

corresponde a la obesidad, con un 55% de ausentismo al control, seguido por el sobrepeso con un 31%, mientras que el resto de patologías presentan un ausentismo menor al 20%.

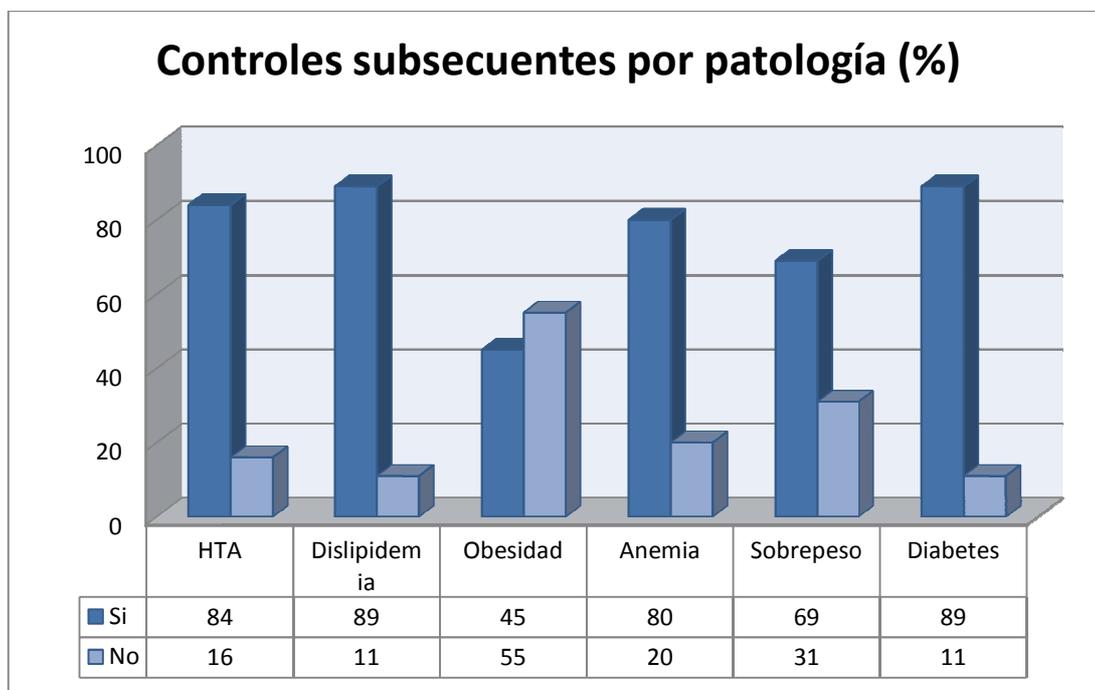


Gráfico 14. Fuente: Entrevistas realizadas en el CRSFQ a Septiembre 2010

Como dato adicional, se evaluó la periodicidad con la que se realizan los controles médicos en las distintas patologías, observándose gran variación entre una y otra, relacionado con el proceso patológico base, más que con la motivación en sí misma. De estos, vale destacar que en patologías como la hipertensión arterial y diabetes se observa secuencialidad a corto plazo de los controles, mientras que en dislipidemia y otras, se observa una mayor tendencia a los controles con periodos prolongados.

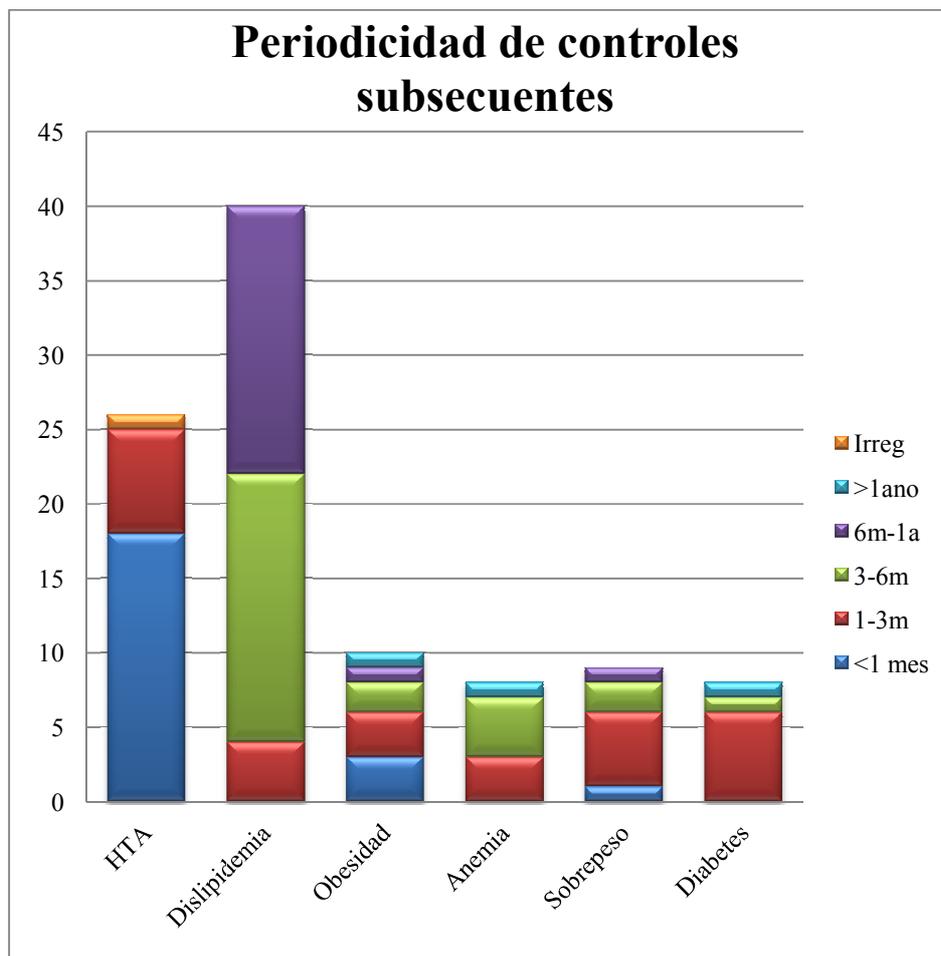


Gráfico 15. Fuente: Entrevistas realizadas en el CRSFQ a Septiembre 2010

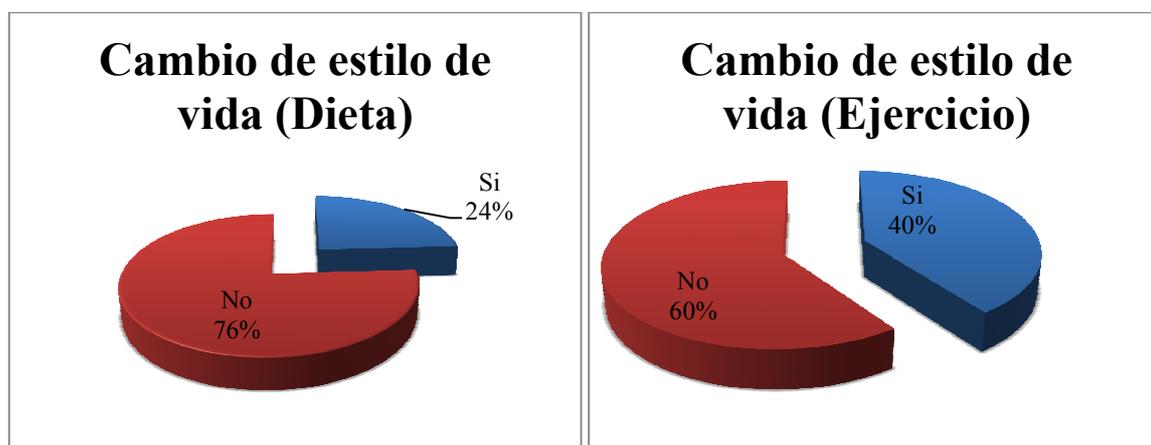


Gráfico 16. Fuente: Entrevistas realizadas en el CRSFQ a Septiembre 2010

Dentro de un ámbito global del tratamiento de las enfermedades debemos considerar los cambios en el estilo de vida principalmente en cuanto a dieta, ejercicio, y exposiciones ambientales que pueden mejorar o mantener estable el curso de las mismas. Dentro de lo evaluado en el estudio, como se observa en los gráficos previos, existe una tendencia a no mantener un estilo de vida con cambios de acuerdo a las necesidades de la persona, complicada por las limitaciones técnicas ante la falta de dietas personalizadas, espacios físicos y programas adecuados de rehabilitación y ejercicio. Se observa que esta tendencia se mantiene independiente de la patología de base, viéndose una ligera variación en los cambios de vida en pacientes diabéticos.

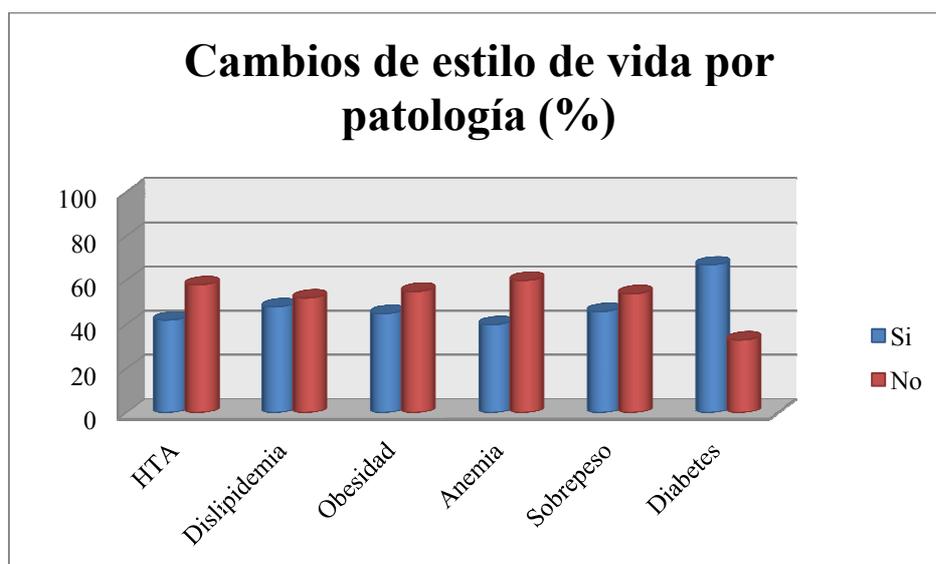


Gráfico 17. Fuente: Entrevistas realizadas en el CRSFQ a Septiembre 2010

Finalizando el abordaje global para mantener un estado de salud adecuado en el paciente crónico, se toma en cuenta la capacitación continua de la persona con respecto al conocimiento de su patología, reflejando un mejor control en el estado de la enfermedad, así

como la identificación temprana y oportuna de signos de alarma con respecto a cambios importantes de su enfermedad. Es por esto, que se ha evaluado porcentualmente en general la capacitación recibida, referente a información sobre su enfermedad, en varios contextos. De lo investigado, se refleja que en la mayoría de los casos, más del 50% ha recibido información acerca de su patología, exceptuando el caso de anemia. Realizando una evaluación que indique la continuidad de esta capacitación, vemos que de la personas con patología crónica, apenas el 22% ha recibido capacitación el último mes, llegando al 52% en los últimos 6 meses, quedando un 48% de personas que no han recibido capacitación aún sobre su diagnóstico.

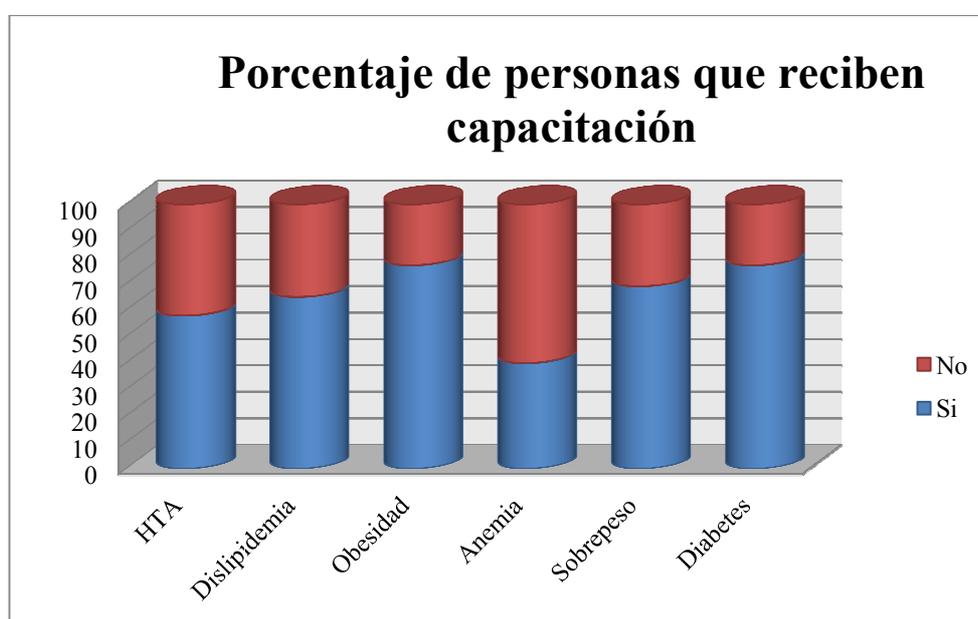


Gráfico 18. Fuente: Entrevistas realizadas en el CRSFQ a Septiembre 2010

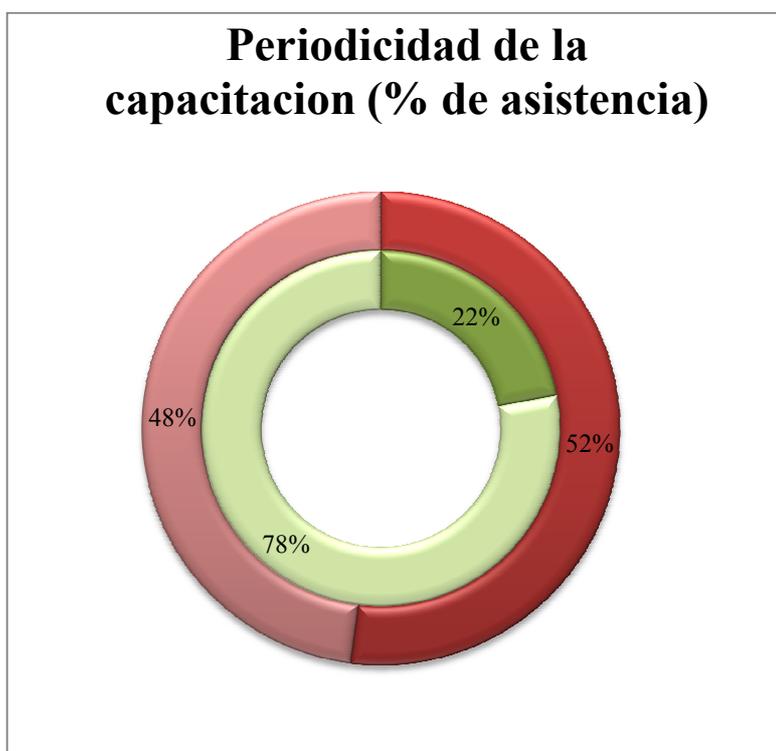


Gráfico 19. Fuente: Entrevistas realizadas en el CRSFQ a Septiembre 2010

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado una determinación demográfica y porcentual de índices relativos a patologías crónicas en el CRSFQ, se considera lo siguiente:

- La edad promedio se encuentra entre 26 y 50 años, existiendo grupos de edad limítrofes; cerca del 50% de personas son solteras y 56% tienen entre uno y tres hijos.
- La nacionalidad de las personas es en 70% Ecuatoriana, con afluencia principal de las provincias de Pichincha, Manabí, Esmeraldas y Guayas; existe un 70% de personas extranjeras principalmente de América del Sur.
- La principal causa de reclusión en el CRSFQ es la tenencia ilícita y tráfico de drogas y sustancias estupefacientes, con sentencias que varían principalmente entre ocho y quince años, encontrándose un 37% de personas sin sentencia.
- La prevalencia de patología crónica es de 49,4%, destacándose las cinco principales patologías que son: Dislipidemia, Hipertensión Arterial, Obesidad, Sobrepeso, Anemia ferropénica y Diabetes Mellitus.
- Los principales sistemas funcionales afectados son: Metabólico 44%, Cardiovascular 20%, endocrinológico 9% y hemato – oncológico 7%.
- El porcentaje de personas que reciben tratamiento por su patología alcanza el 23%, con una adherencia al tratamiento de entre 60 al 70%

- El porcentaje de personas que mantienen un control médico periódico de acuerdo a las enfermedades prevalentes es: Hipertensión arterial 84%, Dislipidemia 89%, Obesidad 45%, Anemia 80%, Sobrepeso 69% y Diabetes 89%.
- El porcentaje de personas que mantienen cambios en el estilo de vida como dieta y ejercicio para modificación de su proceso patológico alcanza el 24 y 40% respectivamente.
- El porcentaje de personas que han recibido capacitación o información sobre su patología alcanza el 52% realizado en los últimos 6 meses y 22% dentro del último mes.

RECOMENDACIONES

- ✓ Realización de programas de seguimiento dirigido y controlado sobre las patologías específicas
- ✓ Procurar el abastecimiento de medicamentos de acuerdo a las patologías prevalentes existentes en el centro.
- ✓ Implementar un sistema de atención emergente adecuado, en funcionamiento permanente para la atención de pacientes tanto con condiciones agudas como complicaciones agudas en pacientes crónicos.
- ✓ Realización de programas que promuevan la disponibilidad de medicación y que evalúen constante y permanentemente la adhesión al tratamiento. Adicionalmente, promover la utilización de tratamientos globales, tanto farmacológico, como no farmacológico.
- ✓ Realizar programas de educación continua sobre las patologías prevalentes.
- ✓ Fortalecer los sistemas de Screening diagnóstico periódicos.
- ✓ Mantener un control, actualización y revisión permanente de estadísticas en salud y programas sanitarios pertinentes en el centro.

BIBLIOGRAFÍA

1) Niedda Alvarado, Giovanni. “Reporte sobre la situación carcelaria de Panamá”. *Centro de Investigación de Derechos Humanos y Socorro Jurídico de Panamá*. Febrero 2006

< http://augustosexp.brinkster.net/exp/GlobalPages/files/015_carcel_Niedda.pdf>

(2) Binswanger A, Krueger, Steiner. “Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population”. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:912–919.

< <http://jech.bmj.com/content/63/11/912.abstract>>

(3) Baillargeon, Jacques. Black, Sandra. Pulvino, John. Dunn, Kim. “The disease profile of Texas prison inmates”. Abril 2002

< <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/194052.pdf>>

(4) Martínez, Federico. Tindball-Binz. Yrigoyen, Raquel. “Centros de reclusión en Colombia: Un estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de los derechos humanos”. *Misión Internacional Derechos Humanos y Situación Carcelaria*. Bogotá, Colombia. Octubre del 2001

<http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/temas/t_20080528_20.pdf>

(5) Carrión, Fernando. “La recurrente crisis carcelaria en Ecuador”. *Ciudad Segura, FLACSO*. Enero 2006. Ecuador. P 1

Núñez Vega, Jorge. “La crisis del sistema penitenciario en Ecuador”. *Ciudad Segura, FLACSO*. Enero 2006. Ecuador. P 4-9

< www.flacso.org.ec/docs/ciudad_segura1.pdf >

(6) Arbito, Néstor. “Población carcelaria en Ecuador fluctúa entre 11 mil y 12 mil personas, informa el ministro Arbito”. *Ecuador Inmediato*. Entrevista 26 Marzo del 2010.

<http://www.ecuadorinmediato.com/Noticias/news_user_view/poblacion_carcelaria_en_ecuador_fluctua_entre_11_mil_y_12_mil_personas_informa_el_ministro_arbita_audio--123729>

(7) Mera, Julio. Director centro médico. Entrevista personal. Centro de Rehabilitación Social Femenino Quito. 14 Septiembre 2010.

(8) Pontón, Jenny. “Mujeres que cruzaron la línea: vida cotidiana en el encierro”. *FLACSO ECUADOR*. Quito 2006

< www.flacso.org.ec/docs/mujerescruzaron_jponton.pdf >

(9) Binswanger, Ingrid. Elmore, Joann. Suzanne, Fletcher. Sokol, Nancy. “Clinical care of incarcerated adults”. *Uptodate*. Septiembre 4, 2009.

(10) Gallardo, Claudio. Núñez, Jorge. “Una lectura cuantitativa del sistema de cárceles en Ecuador”. *FLACSO ECUADOR*. Quito 2006

< <https://www.flacso.org.ec/docs/encuestacarceles.pdf> >

(11) Vásconez, Alison. “Cárcel, mujeres y sobrevivencia”. *FLACSO, ECUADOR. Proyecto: Diagnostico del Sistema Penitenciario*. Quito, 2006.

< http://www.flacso.org.ec/docs/carcelmujeres_avasconez.pdf >

(12) Ceas. “Perú: Informe sobre la situación penitenciaria”. Lima, Febrero 2005

< http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/obrasportales/op_20080612_18.pdf >

(13) “Centros de Rehabilitación Social”. *Dirección Nacional de Rehabilitación Social (DNRS)*. Julio 2010

<http://www.dnrs.gov.ec/joomla15/index.php?option=com_content&view=article&id=89&Itemid=4 >

(14) Bingswanger, Ingrid. "Chronic Medical Diseases Among Jail and Prison Inmates". *Society of Correctional Physicians*. 25 de Octubre del 2010

< <http://www.corrections.com/articles/26014>>

(15) Parker, Susan. "National Commission Assesses Management of Chronic Health Conditions Among Prisoner Populations". *Robert Wood Johnson Foundation*. Febrero 2007

< <http://www.rwjf.org/reports/grr/043591.htm> >

(16) "Población carcelaria en el país es de 17 mil reos". *Diario Hoy*. Febrero 2008.

< <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/poblacion-carcelaria-en-el-pais-es-de-17-mil-reos-289805-289805.html> >

(17) INEC. "Las causas de mortalidad". *Kalipedia, Santillana*. 2006

< http://ec.kalipedia.com/geografia-ecuador/tema/geografia-social-cultural/causas-mortalidad.html?x1=20080802klpgeogec_31.Kes&x=20080802klpgeogec_32.Kes >

**ANEXO 1: Carta de aprobación de la Facultad de Medicina de la
Universidad San Francisco de Quito**



UNIVERSIDAD
SAN FRANCISCO
DE QUITO

Corporación de Promoción Universitaria

COLEGIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carta Confirmación de Aceptación de Protocolo de Tesis

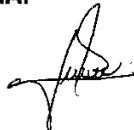
Nombre del Estudiante: María Soledad Vacas Dávila

Código: 00017827

Título de la Tesis propuesta:

Prevalencia, control y seguimiento de enfermedades crónicas en la población mayor de edad, femenina, privada de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Mujeres de Quito "El Inca" diagnosticadas hasta septiembre del 2010.

- El comité supervisor ha leído y revisado la propuesta de Tesis, el mismo que reúne satisfactoriamente los requerimientos de éste comité y se aprueba su inicio y desarrollo.
- El comité supervisor ha leído y revisado la propuesta de Tesis, el mismo que requiere modificaciones (adjunto) antes de ser aceptado y que el estudiante pueda dar inicio a su investigación.
- Trabajo adicional tanto de forma y fondo es requerido (adjunto).
- Nuevo tema y protocolo de Tesis es requerido.

COORDINADOR DE TESIS DEL PROGRAMA:	FIRMA:	FECHA:
Dr. Iván Sisa, MD. MPH.		16/Noviembre/2010

(Al firmar, el Coordinador de Tesis del Programa significa que tanto el Director de la Tesis y el Coordinador del Comité de Bioética de la USFQ están de acuerdo con el protocolo presentado, por lo tanto se autoriza el inicio y desarrollo de la tesis)

Una copia de esta carta será entregada al estudiante y el original será archivado en los registros del Colegio de Ciencias de la Salud.



Campus Cumbayá:
Diego de Robles S/N y Pampite,
Urb. Jardines del Este, Circulo de Cumbayá
P.O.Box: 17-12-841. Quito - Ecuador
T. 02 2603 207 207 207 207

**ANEXO 2: Carta de aprobación del Comité de Bioética de la Universidad
San Francisco de Quito**



UNIVERSIDAD
SAN FRANCISCO
DE QUITO

Corporación de Promoción Universitaria

Quito, 16 de Noviembre del 2010

María Soledad Vacas Dávila
Estudiante de Medicina
Presente.-
De mis consideraciones:-

Muy Estimada María Soledad:

Por la presente el Comité de Bioética - USFQ le notifica la recepción a satisfacción del protocolo "Prevalencia, control y seguimiento de enfermedades crónicas en la población mayor de edad, femenina, privada de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Mujeres de Quito "El Inca" diagnosticadas hasta septiembre del 2010" y de los documentos solicitados:

-Protocolo
-Consentimiento informado

Por tal razón, el Comité de Bioética - USFQ procede a dar la aprobación para la realización de dicho proyecto en reunión del Directorio del 16 de Noviembre del 2010.

El Comité estará dispuesto a lo largo de la implementación del estudio a responder tanto a los pacientes como a los investigadores en cualquier inquietud que pudiera surgir. Por tanto no olvide de incluir en el Consentimiento Informado el nombre y contacto del Presidente del Comité. Dr. Mauricio Espinel Telf. 2971975.

Aprovechamos esta oportunidad para enviar nuestro cordial saludo.

Atentamente,

Mauricio Espinel MD. MSc. Ph.D.
Presidente del Comité de Bioética - USFQ
Universidad San Francisco de Quito



Campus Cumbayá:
Diego de Robles S/N y Pampite,
Urb. Jardines del Este, Circulo de Cumbayá
P.O.Box: 17-12-841, Quito - Ecuador
Telfs: (593-2) 297-1700, 297-1705
Fax: (593-2) 289-0070

ANEXO 3: Consentimiento Informado

Centro de Rehabilitación Social de Mujeres El Inca – Universidad San Francisco de Quito

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ACCESO A INFORMACIÓN EN HISTORIA CLÍNICA DEL CENTRO
DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE MUJERES EL INCA**

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL PACIENTE:

HISTORIA CLINICA No:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE INFORMA:

FECHA:

B. INFORMACIÓN:

- Usted es invitada a participar libre y voluntariamente en el estudio sobre prevalencia, control y seguimiento de enfermedades crónicas a desarrollarse entre noviembre y diciembre del 2010 en el centro de rehabilitación social de mujeres El Inca.
- El objetivo del presente estudio es el de determinar la cantidad de personas con diagnóstico de enfermedades crónicas y el seguimiento que se realiza, tanto farmacológico como cambios en el estilo de vida, mediante el centro médico de esta institución.
- La aceptación por su parte de participar en el estudio nos autoriza para utilizar la información registrada en su historia clínica, en cuanto al diagnóstico de su patología, tiempo de enfermedad, y tratamientos.
- La información y los nombres recabados en el estudio no serán utilizados directamente, sino serán reunidos en conglomerados, de tal manera que ninguno de los datos personales sean publicados.
- Así mismo la información que usted brinde en las encuestas será utilizada a manera de índices o porcentajes, tanto para su publicación y análisis, sin expresar nombres o personas específicas en estos resultados.

- Después de leer este formulario usted puede hacer cualquier pregunta para aclarar sus dudas y decidir si autoriza o no el uso de su registro clínico así como de participar o no en las encuestas y en el estudio presente, sin que esto recaiga en ningún tipo de preferencia, castigo, represalia o discriminación.
- Se garantiza la total confidencialidad de los datos recolectados, tanto en las encuestas como en las historias clínicas.

C. RIESGOS:

- No existen riesgos identificados en la participación en el estudio ya que comprende simplemente recolección de datos y no ningún tipo de intervención.

D. QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY:

- Usted puede libremente aceptar o no la participación en el estudio, sin embargo hacemos un llamado a su colaboración en el mismo como punto de partida para determinar las necesidades y procurar un mejor nivel de vida en general.

ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, SI DESEA MÁS INFORMACIÓN O TIENE CUALQUIER DUDA, NO TENGA REPARO EN PREGUNTARNOS. SI TIENE ALGUNA QUEJA AL RESPECTO PUEDE COMUNICARSE AL TELF. 2971975 CON EL DR. MAURICIO ESPINEL, PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO.

E. DECLARO:

- Que he sido informado por el personal incluido en el estudio, del motivo por el que se me solicita participar en el estudio, la privacidad de los datos a manejarse y el beneficio de participar en el mismo, considerando que podré reconsiderar esta decisión en cualquier momento.
- He comprendido la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas y me han aclarado todas las dudas planteadas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO, Y LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O EN LAS ENCUESTAS REALIZADAS.

Firma del Paciente

Nombre.....

C.C.....

Firma del médico responsable de la información

Nombre.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha.....revoco el consentimiento prestado para la utilización de datos y participación en el estudio mencionado.

Firma del Paciente

Nombre.....

C.C.....

ANEXO 4: Protocolo de Tesis

**COLEGIO DE CIENCIAS DE LA SALUD USFQ
FORMATO UNICO DE PROTOCOLO DE TESIS**

El Colegio de Ciencias de la Salud exigirá este Formato Único de Protocolo de Tesis, para el inicio, control y desarrollo del proyecto de tesis; su uso es OBLIGATORIO. Sin la presentación de este formulario no habrá aprobación oficial por parte del Coordinador de Tesis del Colegio. A través de este formulario se llevará el control del desarrollo de la tesis del estudiante de los programas de pregrado del CCS desde el inicio hasta el final. En éste se documentará: 1) miembros que integran el Comité de Tesis; 2) Carta de aprobación del tema de Tesis; 3) el avance de las reuniones entre Director y/o miembros.

Nombre del/la estudiante María Soledad Vacas Dávila **Código** 00017827

Programa: Medicina

Promoción: 2010-2011

I. DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

A. Título de la investigación

Prevalencia, control y seguimiento de enfermedades crónicas en la población mayor de edad, femenina, privada de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Mujeres de Quito “El Inca” diagnosticadas hasta septiembre del 2010.

B. Lugar de investigación y/o instituciones involucradas

Nombre de la Institución Principal: CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Dirección/Ciudad/Correo Electrónico/Página WEB:

Av. El Inca y calle de Las Toronjas

Teléfonos:

2414593

Fax:

Otras Instituciones Nacionales e Internacionales que colaborarán con el Proyecto de investigación (Presentar carta compromiso)

Nombre de la Institución:

Nacional ()

Internacional ()

Nombre del Investigador cooperante o contacto:

Dirección/Ciudad/Correo Electrónico/Página WEB:

Teléfono:

Fax:

C. Objetivo general y específicos

Objetivos generales
<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas en la población mayor de edad, femenina, privada de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Mujeres de Quito diagnosticadas hasta el mes de septiembre del 2010. 2. Establecer una línea de base de la población que mantiene controles médicos subsecuentes, adherencia al tratamiento farmacológico e implementación de cambios en su estilo de vida y que reciben educación acerca de su patología.

Objetivo (s) específico (s)	
1	Determinar el perfil demográfico de la población privada de la libertad, adulta, en condición de indiciada y sentenciada, en el CRSFQ.
2	Identificar las cinco patologías crónicas de mayor frecuencia dentro del grupo poblacional.
3	Catalogar las patologías halladas de acuerdo a los sistemas funcionales dentro del centro de rehabilitación y compararlas con estadísticas de la población en general.
4	Identificar el porcentaje de la población que realiza controles médicos periódicos por su patología dentro del grupo de estudio.
5	Conocer el porcentaje de la población que recibe tratamiento farmacológico y aquellos con adherencia adecuada al manejo preestablecido.
6	Definir el porcentaje de la población que se encuentra incluida dentro de un programa educativo con respecto al manejo de su patología
7	Precisar el número de personas que han implementado cambios en su estilo de vida para manejo de su patología.

D. Preguntas de investigación

¿Cuál es la prevalencia actual de las patologías crónicas diagnosticadas dentro de la población mayor de edad, femenina, privada de la libertad en el CRSFQ y cuál es su frecuencia de presentación?

¿Qué porcentaje de dicha población mantiene controles médicos subsecuentes, adherencia al tratamiento farmacológico, cambios en su estilo de vida y recibe educación acerca del manejo de su patología?

¿Cuál es el porcentaje de la población que requiere un plan diagnóstico apropiado para síndromes crónicos sin diagnóstico certero?

E. Planteamiento del problema

Tomando en cuenta el estado crítico actual de los centros penitenciarios en el Ecuador, en varios aspectos, como salud, educación, rehabilitación y analizando el objetivo de reinserción social efectiva de las personas privadas de su libertad, se crea la necesidad de determinar el estado de salud adecuado dentro de este grupo social.

Debido a la variedad y amplitud de los problemas de salud que atañen a estas personas consideramos imperativo la intervención en el control de las patologías crónicas, que dará como resultado un estado de salud óptimo al momento de su retorno a la sociedad.

El CRSFQ es considerado el segundo centro de rehabilitación en población en la ciudad de Quito, convirtiéndose en un reflejo de la realidad carcelaria presente, por lo que consideramos que el iniciar un estudio de las condiciones y del estado de salud crónico de las pacientes consiste en el primer paso para plantear intervenciones y programas a favor de mejorar la realidad carcelaria en sus distintos contextos.

F. Hipótesis

Nula:

Las estadísticas de prevalencia en enfermedades crónicas en el CRSFQ se encuentran actualizadas y las personas con patología crónica tienen un adecuado seguimiento, adherencia al tratamiento, educación y mantienen estilos de vida adecuados para control de su enfermedad.

Alternativa:

Existe una falta de estadísticas actualizadas en cuanto a problemas de salud crónicos en la población mayor de edad, femenina, privada de la libertad en el CRSFQ, así como un manejo, seguimiento, educación y cambios en el estilo de vida son inadecuados en el CRSFQ.

G. Justificación

La justificación debe ser concisa. Exponer de manera concreta la importancia de investigar sobre el tema, su pertinencia y factibilidad. Lo que se conoce al respecto hasta ahora sobre el tema, y el aporte y/o beneficio que añadiría su realización a la literatura tanto a nivel nacional como internacional. Los datos deben ser específicos, comprobables, con referencias bibliográficas concretas, y relevantes citadas en el texto de forma numerada en la sección de referencias.

El sistema penitenciario, tanto a nivel nacional como internacional, ha sido descrito continuamente como inseguro, inhumano, violento, con servicios de salud que cubren únicamente y de manera parcial estados emergentes, sin contar con programas definidos de prevención y tratamiento para el elevado índice de patologías existentes a causa de las condiciones de vida que definen a estas instituciones, incluyendo altas tasas de hacinamiento, escasas actividades recreativas, acceso inadecuado a servicios de limpieza, entre otros (1). Adicionalmente, la población privada de la libertad, en su mayoría de casos, proviene de una condición socioeconómica baja, con educación deficiente, nutrición inadecuada, reincidencia, conductas de alto riesgo y hábitos nocivos como el tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas ilegales, que incrementa el riesgo tanto de morbilidad como mortalidad de manera importante (2-4).

Es fundamental destacar que en investigaciones a nivel mundial se ha confirmado que la prevalencia de enfermedades crónicas es mayor en las personas privadas de la libertad que en la población general, incluso después de la libertad, siendo predominantes las enfermedades infecto-contagiosas, de músculo esquelético, circulatorio, respiratorio y mental. (2-3-9)

En el Ecuador se cuenta con un promedio de 11.000-12.000 personas encarceladas, distribuidas en 35 centros, 4 de ellos femeninos, en su mayoría por tráfico de drogas (5-6). Estos centros se caracterizan también por la sobrepoblación, continua violación de los derechos humanos e inexistencia de una adecuada atención médica y estadísticas actualizadas (5). En el CRSFQ específicamente, de acuerdo a referencias verbales del

director del centro médico, las patologías más frecuentes son: hipertensión arterial, enfermedades infecto-contagiosas, gineco - obstétricas, obesidad, osteoporosis y artritis (7).

Esta investigación es relevante en la actualidad debido a la falta de estadísticas actualizadas en el ámbito de salud, específicamente en enfermedades crónicas prevalentes, mediante las cuales se podría obtener un mejor entendimiento de las necesidades reales de la población creciente y por lo tanto llegar a una adecuada distribución de recursos para abastecer a este grupo vulnerable que ha sido excluido anteriormente de los servicios de salud (2). De esta manera, mediante un cuidado de salud apropiado, se obtendrá una reducción de efectos adversos secundarios a estas patologías, logrando a mediano y largo plazo una reinserción exitosa a la sociedad. (2)

Finalmente, al ser un estudio descriptivo, requiere de recursos mínimos, se cuenta con la aprobación del director del centro médico carcelario y la colaboración del personal en su realización.

H. Metodología

En esta sección debe mencionarse claramente el tipo de diseño metodológico utilizado para responder la pregunta e hipótesis de estudio, así como también el universo y tamaño de muestra, tipos de variables, los criterios de inclusión y exclusión, instrumentos utilizados, operacionalización de variables a investigar, y cómo se realizará el análisis de los datos.

La presente investigación se realizará bajo parámetros de un estudio descriptivo analítico transversal de punto, bajo la consideración de tratar con un universo finito, utilizando la totalidad del mismo para lograr una visión globalizada del CRSFQ que sea a futuro comparable o correlacionable con la realidad de salud de otros centros carcelarios. Dentro de los parámetros relevantes nos permitimos explicar los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSION/EXCLUSION

Se incluye dentro del estudio a mujeres, mayores de 18 años, privadas de la libertad, en condición de indiciada y sentenciada, que hayan sido admitidas hasta el día jueves 30 de Septiembre del 2010 y que hayan sido diagnosticadas, con la documentación pertinente, de estados de salud crónicos, facultándose los diagnósticos tanto en el centro de reclusión como fuera de él.

Se excluye a personas que hayan recobrado su libertad o que se encuentren fuera del centro de rehabilitación al momento de recolección de datos, patologías en proceso

de diagnóstico o sin diagnóstico definido.

Se excluyen patologías características derivadas de procesos infecto-contagiosos con historia natural específica.

ESTADISTICA

En concordancia con el tipo de estudio a llevarse a cabo, se recurrirá a una estadística descriptiva mediante la utilización de medidas de tendencia central y de dispersión como frecuencias, prevalencia, incidencia, media, moda, mediana y desviación estándar, cada una aplicada de acuerdo a la necesidad de la variable tabulada. El análisis de los datos tabulados se expondrá mediante barras y pasteles de distribución, así como de histogramas, permitiendo una comprensión visual adecuada sobre los parámetros medidos.

Se determinó que las variables a medir son edad, nacionalidad, lugar de origen, estado civil, número de hijos, causa de condena, años de sentencia, nivel de instrucción, patología crónica, tratamiento de enfermedad crónica, adherencia al tratamiento, cambios en el estilo de vida, controles subsecuentes, programas de educación y capacitación.

INSTRUMENTOS

Se utilizará en primera instancia, como método para determinar las patologías existentes, la revisión de los expedientes clínicos de la población en estudio; una vez determinada la presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas previamente, se realizarán encuestas con preguntas cerradas, de preferencia dicotómicas para establecer los índices y prevalencias derivados de los objetivos de estudio antes mencionados. Dicha encuesta se someterá a un proceso de revisión y corrección previa a llevarse a cabo para garantizar que los datos recolectados sean representativos.

I. Aspectos bioéticos e impacto ambiental

Existen dos puntos importantes a tomarse en cuenta dentro del marco bioético y de confidencialidad del accionar médico: el primero de ellos dado por el acceso a las fichas clínicas de las internas, el cual se realizara con el objetivo exclusivo de la recolección de datos; el segundo aspecto a tomarse en cuenta es que de existir alguna recomendación, tratamiento o cambio en el estilo de vida que sea trascendental para la salud del paciente, se informará personalmente y bajo entrevista cerrada al interesado. Consideramos que los

problemas que podrían darse son controlables con una logística adecuada, siendo mayores los beneficios que podrían obtener las personas del estudio.

En cuanto al impacto ambiental consideramos que si se maneja todos los datos con la confidencialidad adecuada, no existirá repercusión social sobre el desenvolvimiento de las internas en su vida diaria; además preveemos una mejoría en el ambiente de salud global dentro del instituto dado por los cambios que pudieran darse ante las recomendaciones emitidas después del estudio.

J. Referencias

Las referencias citadas deben ser actualizadas, y con un máximo de 10 referencias relevantes.

(1) Niedda Alvarado, Giovanni. “Reporte sobre la situación carcelaria de Panamá”. *Centro de Investigación de Derechos Humanos y Socorro Jurídico de Panamá*. Febrero 2006

< http://augustoexp.brinkster.net/exp/GlobalPages/files/015_carcel_Niedda.pdf>

(2) Binswanger, Krueger, Steiner. “Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population”. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:912–919.

< <http://jech.bmj.com/content/63/11/912.abstract>>

(3) Baillargeon, Jacques. Black, Sandra. Pulvino, John. Dunn, Kim. “The disease profile of Texas prison inmates”. Abril 2002

< <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/194052.pdf>>

(4) Martinez, Federico. Tindball-Binz. Yrigoyen, Raquel. “Centros de reclusión en Colombia: Un estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de los derechos humanos”. *Misión Internacional Derechos Humanos y Situación Carcelaria*. Bogotá, Colombia. Octubre del 2001

<http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/temas/t_20080528_20.pdf>

ANEXO 5: Formulario de recolección de datos

