



**Secretaría General de Instituciones Penitenciarias**  
*Coordinación de Sanidad Penitenciaria*

**ESTUDIO SOBRE MORTALIDAD POR  
REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS  
EN EL MEDIO PENITENCIARIO**

***Años: 2007 - 2009***

*Área de Salud Pública*

*Abril 2011*

## Indice

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	4
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	4
3.1. Diseño .....	4
3.2. Realización .....	5
3.3. Depuración.....	5
3.4. Análisis.....	5
<b>4. RESULTADOS</b> .....	6
4.1. Sexo .....	6
4.2. Edad.....	6
4.3. Nacionalidad .....	6
4.4. Situación procesal.....	7
4.5. Grado de clasificación .....	7
4.6. Lugar de fallecimiento.....	7
4.7. Antecedentes de consumo previo al ingreso en prisión.....	8
4.7.1 Drogas de consumo .....	8
4.7.2 Antigüedad en el consumo.....	10
4.7.3 Vía intravenosa al ingreso.....	10
4.8. Consumo de drogas en prisión.....	11
4.8.1 Drogas de consumo .....	11
4.8.2 Vía intravenosa en prisión.....	12
4.9. Datos clínicos de interés.....	12
4.9.1 Episodios previos de sobredosis .....	12
4.9.2 Patología psiquiátrica .....	13
4.10. Tratamientos de Drogodependencia .....	14
4.10.1 Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM).....	14
4.10.2. Tratamiento de desintoxicación .....	14
4.10.3 Tratamiento de deshabituación.....	15
4.11. Situaciones regimentales.....	15
4.12. Fallecimientos en situación de permiso y asimiladas.....	16
4.13. Análisis toxicológicos de autopsia .....	16
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	17
<b>6. RECOMENDACIONES</b> .....	21
<b>7. ANEXO</b> .....	23
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	26

# Estudio sobre mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en el medio penitenciario.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene el propósito de analizar las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en las prisiones españolas con el propósito de encontrar nuevas actuaciones capaces de disminuir su incidencia. En la actualidad, los fallecimientos por reacción adversa a sustancias psicoactivas representan la segunda causa de muerte en IIPP, después de la causa natural. A pesar de que en estos últimos años se ha experimentado un descenso notable en la utilización de la vía intravenosa y un aumento en el número de internos incluidos en programas de mantenimiento con metadona o deshabituación<sup>1</sup>, cada año fallecen por reacción adversa a sustancias psicoactivas entre 40 y 57 internos bajo custodia de Instituciones Penitenciarias, lo que supone unas tasas entre 0,79 y 0,93 muertes por mil internos y año<sup>2</sup>.

Entre las razones que pueden explicarlo hay que considerar en primer término la enorme prevalencia de drogodependencia entre las personas que ingresan en prisión, el policonsumo de varias drogas, y la vía intravenosa para el consumo. En España, en el año 2006, el 80% de los internos eran policonsumidores de drogas de forma habitual antes de su ingreso en prisión, siendo el alcohol, cannabis, cocaína, heroína y tranquilizantes las sustancias de mayor abuso. El 11,7% utilizaba la vía intravenosa como vía de consumo en el mes anterior al ingreso en prisión<sup>3</sup>. Durante su permanencia en el centro penitenciario la mayor parte de los adictos reducen el consumo de drogas o dejan de utilizarla<sup>3</sup>, principalmente debido a la dificultad para la adquisición de las sustancias y también a la mayor accesibilidad a los programas terapéuticos (alrededor del 20% de los internos reciben metadona o están en programas de deshabituación)<sup>1 3</sup>.

El 35% de los internos consumen drogas en las prisiones españolas, principalmente cannabis y tranquilizantes menores obtenidos de forma ilegal y en menor medida heroína y cocaína, si bien la frecuencia de ese consumo, al entrar en prisión se reduce si se compara con el que se produce en libertad. El 1,3% de los internos consumen drogas por vía intravenosa mientras están en prisión<sup>3</sup>. Los internos drogodependientes suelen padecer patologías infecciosas asociadas al consumo de drogas (infección VIH, VHB y VHC, TBC,) <sup>4</sup> además de problemas de salud mental<sup>5</sup>, por lo que en la mayoría de los casos reciben más de un tratamiento para estas patologías<sup>4 5</sup>.

Estas y otras circunstancias pueden contribuir a explicar los fallecimientos por drogas en prisión, los comportamientos de consumo de alto riesgo, el fracaso parcial de los programas existentes, que no logran llegar a los internos que más los necesitan, e incluso al reinicio del

consumo en las salidas de prisión (permisos, libertad, etc.) o bien tras el abandono de un programa de tratamiento. Situaciones todas ellas, que como es sabido, conllevan un especial riesgo <sup>1</sup>. En este trabajo se analizan todas las circunstancias encontradas en los registros durante tres años.

## **2. OBJETIVOS**

Desde la Coordinación de Sanidad Penitenciaria se ha realizado el presente estudio con el fin de profundizar en el conocimiento de las causas que pueden desembocar en el fallecimiento por reacción adversa a sustancias psicoactivas de las personas internadas en prisión, analizando que características comunes y circunstancias rodean a estos fallecimientos. El objetivo principal ha sido diseñar nuevas estrategias de prevención y mejorar las existentes, para evitar o al menos reducir el número de fallecimientos relacionados con el consumo de drogas en los centros penitenciarios.

El estudio se plantea para el conjunto de todos los centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP).

## **3. METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio retrospectivo de los fallecimientos ocurridos en los centros penitenciarios entre los años 2007 al 2009, con datos obtenidos a partir del registro de mortalidad de la Coordinación de Sanidad Penitenciaria (CSP), de la historia clínica, de los informes hospitalarios de éxitus, de los informes judiciales de autopsia y toxicológicos, así como datos relativos al régimen y tratamiento penitenciario suministrados por los centros.

### **3.1. Diseño**

La población objeto de estudio se obtuvo del Registro de Mortalidad de la CSP, extrayéndose los fallecimientos acontecidos en II.PP. entre los internos dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), contabilizando tanto los fallecidos que se encontraban internados en un centro penitenciario como aquellos fallecidos en situación de permiso o asimilada, que tuvieron como causa una reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Se procedió al diseño de un formulario para la obtención de la información (ver Anexo) que recogiera datos de filiación, penales, penitenciarios, clínicos, de antecedentes de consumo de

drogas, tratamientos recibidos y datos relativos al fallecimiento. Se confeccionó una base de datos específica para la recogida y análisis de la información, añadiéndose a la misma aquellos datos de los que ya se disponía en la CSP.

Se clasificaron los formularios por centro penitenciario y en mayo de 2010 fueron remitidos a los directores de los centros penitenciarios para que por los departamentos correspondientes se cumplimentasen los datos solicitados a partir de la historia clínica y de los datos regiminales y de tratamiento de cada interno.

### **3.2. Realización**

Todos los centros cumplimentaron los formularios correspondientes a sus registros entre los meses de Mayo a Julio y posteriormente fueron devueltos a la CSP donde se procedió a su grabación.

### **3.3. Depuración**

Puntualmente durante la grabación de los datos, se observaron algunos errores de cumplimentación en los cuestionarios recibidos. En estos casos se pidió al centro que aclarara o completara la información.

### **3.4. Análisis**

La interpretación de los resultados obtenidos solo es válida para todos los centros en su conjunto, sin que el tamaño de la población permita desagregar los resultados por centro o por sexo. La desagregación por sexo no ha sido posible dado el bajo porcentaje de mujeres y los escasos fallecimientos acontecidos entre éstas. No obstante, en aquellas variables en las que el número absoluto lo permite, se han hecho valoraciones por sexo.

El análisis incluye datos obtenidos de los Informes anuales de Mortalidad <sup>2</sup>, especialmente los referidos a los informes toxicológicos.

Para valorar la magnitud del problema en números absolutos se ha tenido en cuenta que en el periodo objeto de estudio, años 2007 al 2009, la población penitenciaria media en los centros dependientes de la SGIP era de 60.869 personas de las cuales 55.822 eran hombres y 5.048 mujeres.

## 4. RESULTADOS

En el periodo entre los años 2007 y 2009 tuvieron lugar 184 fallecimientos por reacción aguda a sustancias psicoactivas entre los internos dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), contabilizando tanto los fallecidos que se encontraban internados en un centro penitenciario como aquellos fallecidos en situación de permiso o asimilada. Esto supuso una tasa de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas de 1,01 fallecimientos por cada mil internos y año, siendo el 24,7% de todos los fallecimientos en IIPP y la segunda causa de mortalidad tras los fallecimientos por causa natural <sup>2</sup>.

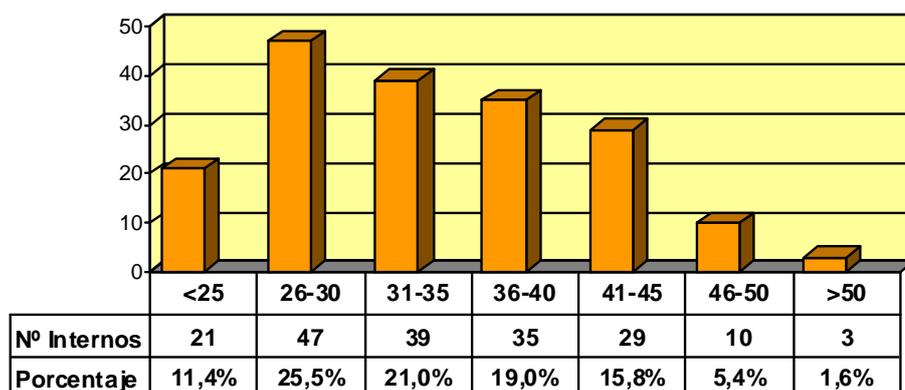
### 4.1. Sexo

De las 184 personas fallecidas entre 2007 y 2009 por reacción aguda a sustancias psicoactivas, el **96,2%** (177) eran **hombres** y el 3,8% (7) mujeres. La tasa de mortalidad por mil internos y año es de 1,06 para los hombres y de 0,46 para las mujeres. El número de fallecimientos observados entre las mujeres es muy inferior al esperado de acuerdo a la tasa total, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

### 4.2. Edad

La edad media de los fallecidos fue de 34,5 años. La distribución por grupos de edad es la siguiente (figura 1):

Figura 1. Distribución por grupos de edad.



### 4.3. Nacionalidad

Entre los fallecidos por esta causa el **95,6%** (176) eran **españoles** y solo el 4,4% (8) eran extranjeros, aunque estos últimos supongan un tercio de la población reclusa. El bajo número de internos extranjeros fallecidos por esta causa, es estadísticamente significativo.

#### 4.4. Situación procesal

En relación a la situación procesal el **84,8%** (156) de los fallecidos estaban **penados** y el 12,5% (23) estaban en situación preventiva, desconociéndose en 5 casos su situación procesal. En el global de la población penitenciaria el 75,5% de los internos se encuentran penados, el 23% preventivos y el resto en otras medidas penales. En los penados observamos una superior tasa de mortalidad que es estadísticamente significativa.

#### 4.5. Grado de clasificación

Al desglosar los penados por grados de clasificación penitenciaria nos encontramos que la diferencia estadísticamente significativa, citada en el párrafo anterior, es a expensas de los penados sin clasificar que suponen el 19% frente al 9,5% de la población penitenciaria general que está sin clasificar.

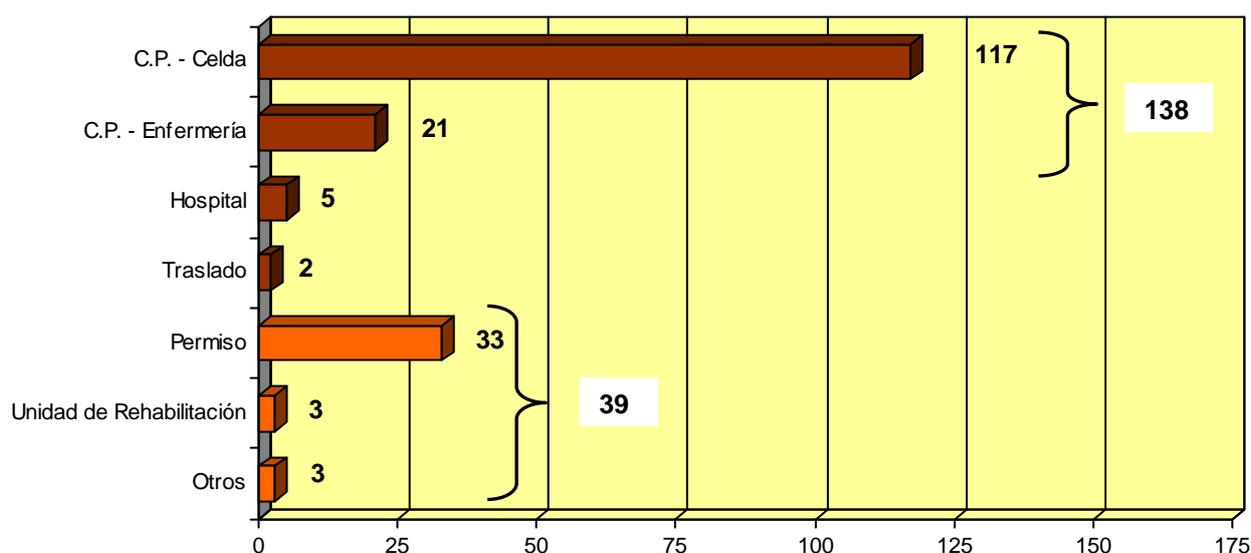
Este grupo de fallecidos sin clasificar se corresponde fundamentalmente con internos recientemente penados y en espera de ser clasificados, aunque también se encuentran algunos penados desclasificados por recibir una nueva causa preventiva. En todo caso, se trata de penados con menos tiempo de permanencia en prisión desde el último ingreso.

<b>PENADOS</b>	<b>Población Penitenciaria</b>	<b>Fallecidos Drogas</b>
1º Grado	<b>1,4%</b>	<b>1,1%</b>
2º Grado	<b>53,7%</b>	<b>55,4%</b>
3º Grado	<b>10,9%</b>	<b>9,2%</b>
Sin clasificar	<b>9,5%</b>	<b>19,0%</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>75,5%</b>	<b>84,8%</b>

#### 4.6. Lugar de fallecimiento

En cuanto al lugar del fallecimiento, 145 (78,8%) acontecieron bajo custodia de Instituciones Penitenciarias (138) o de las Fuerzas de Seguridad del Estado (7) durante un ingreso en el hospital o en el traslado. De los 138 internos que fallecieron en el centro penitenciario, 117 fueron hallados muertos en su celda y 21 fallecieron en la Enfermería mientras eran atendidos. En situación de permiso (33) o situaciones asimilables (6) ocurrieron un total de 39 fallecimientos (figura 2).

**Figura 2. Distribución según lugar de fallecimiento.**



En relación con los fallecidos hallados muertos en su celda (117) se dieron las siguientes circunstancias que no son excluyentes entre sí:

Compartía celda con otro interno	<b>96</b>
Se encontraron jeringuilla/s del PIJ	<b>4</b>
Se encontraron jeringuilla/s que no eran del PIJ	<b>6</b>
Se encontraron "pipas" y/o papel de aluminio	<b>12</b>
Se encontraron drogas o pastillas no prescritas	<b>21</b>
Se encontró escrito de despedida (suicidio)	<b>0</b>

#### **4.7. Antecedentes de consumo previo al ingreso en prisión**

##### **4.7.1 Drogas de consumo**

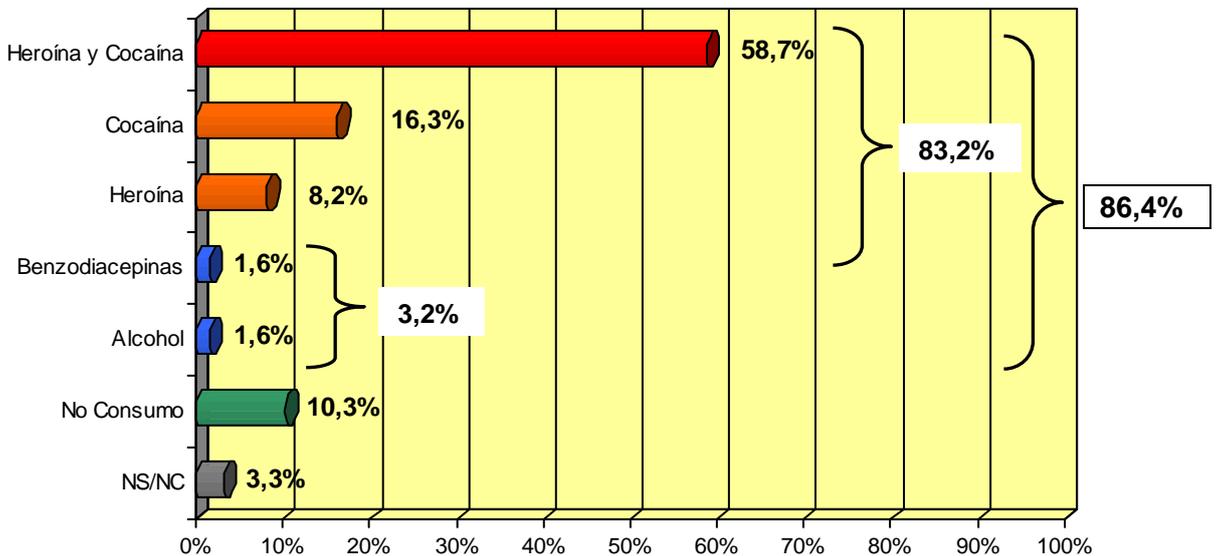
El 86,4% de los internos fallecidos por sobredosis (159) consumía drogas al ingreso en prisión, generalmente en un contexto de policonsumo. El 10,3% restante no consumía drogas al ingreso.

Según sustancia principal de consumo, este 86,4% se distribuye en varios grupos:

- El grupo mayoritario, que supone el 83,2% de los internos fallecidos por sobredosis, al ingreso en prisión eran consumidores de cocaína y/o heroína. Un porcentaje significativo de estas personas consumían también benzodiazepinas y/o alcohol.

- El 3,2%, aunque no consumían heroína o cocaína, eran consumidoras de benzodiazepinas y/o alcohol.

**Figura 3. Consumo de drogas al ingreso entre los fallecidos por sobredosis, 2007-2009.**



En la figura 3 se desglosan los dos grupos diferenciados previamente (consumidores y no consumidores de heroína y/o cocaína), según las sustancias de consumo. Los porcentajes reflejados en el gráfico corresponden a subgrupos de consumidores, atendiendo a la sustancia de consumo, al ingreso en prisión:

- El 58,7% del total de fallecidos por sobredosis (108) eran policonsumidores de heroína y cocaína al ingreso en prisión, siendo también frecuente el consumo de benzodiazepinas y alcohol, ya que el 23,9% además de consumir heroína y cocaína, también consumían benzodiazepinas y el 20,6% además de estas tres sustancias consumían también alcohol.
- El 16,3% (30) consumían cocaína al ingreso. También era frecuente el consumo de benzodiazepinas y alcohol: el 4,3% además de consumir cocaína, consumían benzodiazepinas y el 3,3% además de estas dos sustancias consumían también alcohol.

- En el 8,2% del total de fallecidos por sobredosis (15) la droga de consumo al ingreso era heroína. También era frecuente el consumo de benzodiazepinas y alcohol: el 2,2% además de consumir heroína, consumían benzodiazepinas y el 1,6% además de estas dos sustancias consumían también alcohol.
- El 1,6% (3) consumían benzodiazepinas al ingreso.
- El 1,6% (3) consumían alcohol al ingreso.
- En el 10,3% del total de fallecidos por sobredosis (19) no consta en la historia clínica antecedentes de consumo de drogas previos al ingreso en prisión.

#### 4.7.2 Antigüedad en el consumo

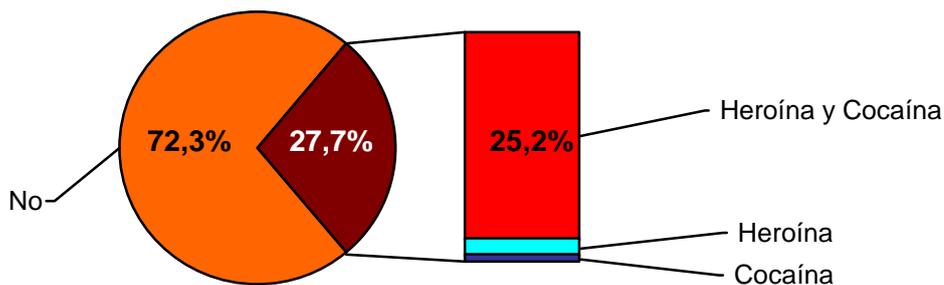
De los internos fallecidos por sobredosis entre los años 2007 al 2009 y que referían ser consumidores de drogas al ingreso en prisión, se dispone de datos sobre su antigüedad en el consumo en el 62,2% de los casos (98), que se distribuyen de la siguiente forma:

<b>Años de consumo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Entre 1 y 5 años	6	6,1%
Entre 6 y 10 años	19	19,4%
Entre 11 y 15 años	26	<b>26,5%</b>
Entre 16 y 20 años	25	<b>25,5%</b>
Entre 21 y 25 años	14	14,3%
Más de 25 años	8	8,2%
<b>Total</b>	98	100%

#### 4.7.3 Vía intravenosa al ingreso

En relación al consumo por vía intravenosa, el 27,7% de los fallecidos con antecedentes de consumo de drogas al ingreso utilizaban esta vía, siendo casi la totalidad consumidores de heroína y cocaína. Figura 4.

Figura 4. Consumo por vía intravenosa al ingreso según drogas.



#### 4.8. Consumo de drogas en prisión

##### 4.8.1 Drogas de consumo

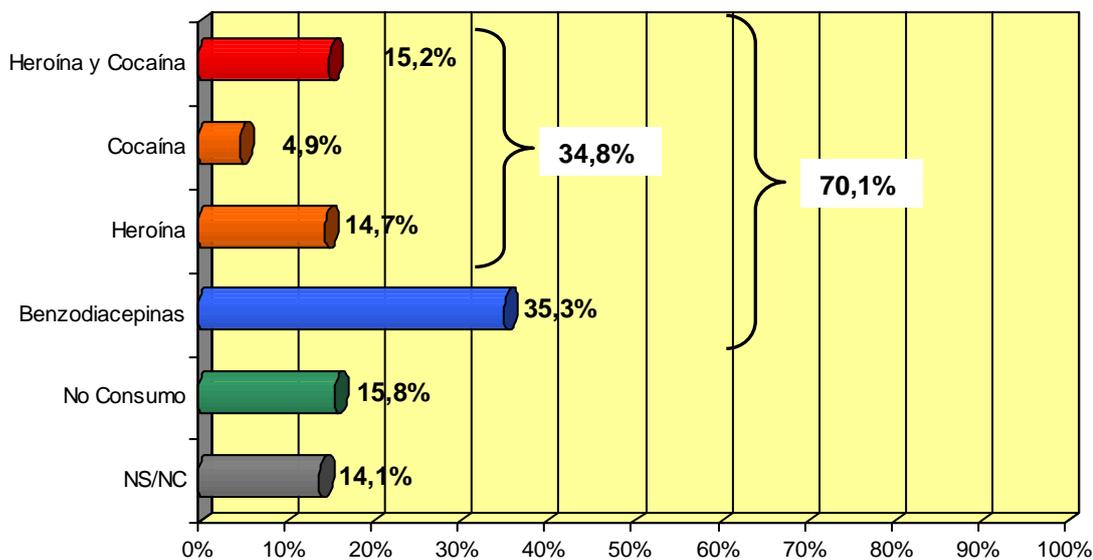
En el 70,1% de los internos fallecidos por sobredosis (129) constaba en su historia clínica el consumo de drogas en prisión, generalmente en un contexto de policonsumo, de los cuales en el 6,2% (8) no consta antecedentes de consumo al ingreso en prisión.

Por otro lado, el 15,8% de los fallecidos por sobredosis (29) no consumían drogas en prisión, según consta en su historia clínica, mientras que en el 14,1% (26) no existe constancia en su historia clínica de consumo de drogas en prisión.

Según sustancia principal de consumo, este 70,1% se distribuye en varios grupos:

- El 34,8% de los internos fallecidos por sobredosis eran consumidores de cocaína y/o heroína en prisión. Un porcentaje significativo de estas personas consumían también benzodiazepinas.
- El 35,3% consumían benzodiazepinas y no eran consumidores de heroína ni cocaína.

Figura 5. Consumo de drogas en prisión entre los fallecidos por sobredosis, 2007-2009.



En el gráfico 5 se desglosan los dos grupos diferenciados previamente (consumidores y no consumidores de heroína y/o cocaína), según las sustancias de consumo. Los porcentajes anteriores se corresponden con los siguientes subgrupos más detallados de consumidores en prisión:

- El 15,2% del total de fallecidos por sobredosis (28) eran policonsumidores de heroína y cocaína en prisión, siendo también frecuente el consumo de benzodiazepinas, ya que el 10,9% además de consumir heroína y cocaína, también consumían benzodiazepinas.
- El 14,7% (27) consumían heroína en prisión. También era frecuente el consumo de benzodiazepinas, ya que el 11,4% además de consumir heroína, también consumían benzodiazepinas.
- El 4,9% (9) consumían cocaína en prisión. El 3,8% además de consumir cocaína, también consumían benzodiazepinas.
- El 35,3% (65) tenían conductas de consumo abusivo de benzodiazepinas no prescritas en prisión
- Según consta en su historia clínica, el 15,8% de los fallecidos por sobredosis (29) no consumían drogas en prisión.
- En el 14,1% (26) no existe constancia en su historia clínica de consumo de drogas en prisión.

#### **4.8.2 Vía intravenosa en prisión**

En relación al consumo por vía intravenosa, de los datos extraídos de su historia clínica, el 9,2% (17) de los fallecidos por sobredosis utilizaban esta vía. Por otro lado en 5 de los fallecimientos se encontraron jeringuillas en las celdas, aunque no estaban identificados como consumidores por vía intravenosa.

### **4.9. Datos clínicos de interés**

#### **4.9.1 Episodios previos de sobredosis**

El 18,5% (34) de los internos fallecidos habían sufrido con anterioridad episodios de reacción aguda a sustancias psicoactivas, de los cuales 20 no estaban en tratamiento de drogodependencia (12 de estos internos habían estado anteriormente en tratamiento y 8 nunca accedieron a tratamiento de drogodependencia en prisión).

#### 4.9.2 Patología psiquiátrica

Entre los datos clínicos que se recogen en el estudio podemos destacar que 66 fallecidos (35,9%) presentaba patología psiquiátrica, 5 habían estado en programa de Prevención de Suicidios en los 6 meses previos al fallecimiento y 7 se habían producido autolesiones en los 6 meses previos.

Respecto a la presencia de patología psiquiátrica, se recogen 34 (18,5%) con trastorno de la personalidad, 23 (12,5%) con trastornos mental leve y 9 (4,9%) con trastorno mental grave. No se aprecia una diferencia estadísticamente significativa con la prevalencia de estas patologías entre la población penitenciaria general. Destacar que de los 9 fallecidos con diagnóstico de enfermedad mental grave y siendo además consumidores en prisión, 6 no compartían celda con otro interno cuando fallecieron.

En cuanto al tratamiento con psicofármacos se recoge:

TRATAMIENTOS	N	%	PMM
Neurolépticos + Antidepresivos + Benzodiacepinas	31	16,8%	9
Neurolépticos + Benzodiacepinas	30	16,3%	8
Neurolépticos	4	2,2%	0
Total Neurolépticos:	<b>65</b>	<b>35,3%</b>	
Antidepresivos + Benzodiacepinas	24	13,0%	5
Antidepresivos	9	4,9%	3
Total Antidepresivos:	<b>64</b>	<b>34,8%</b>	
Benzodiacepinas	48	26,1%	16
Total Benzodiacepinas:	<b>133</b>	<b>72,3%</b>	
Internos en tratamiento psicofármacos:	<b>146</b>	<b>79,3%</b>	41
Sin tratamiento con psicofármacos:	<b>38</b>	<b>20,7%</b>	
Total:	<b>184</b>	<b>100%</b>	

De los 133 fallecidos en tratamiento con benzodiacepinas: 31 tenían pautado además neurolépticos y antidepresivos (9 de ellos se encontraban además en PMM), otros 30 con las benzodiacepinas tenían pautado neurolépticos (8 de ellos en PMM) y 24 con las benzodiacepinas tenían pautados antidepresivos (5 de ellos en PMM).

Teniendo en cuenta que de los 184 fallecimientos, 146 se encontraban en tratamiento con psicofármacos y 41 de ellos además en PMM, se puede afirmar que en su gran mayoría eran internos polimedcados.

#### 4.10. Tratamientos de Drogodependencia

De los 184 internos fallecidos 68 (36,9%) estaban recibiendo algún tipo de intervención terapéutica para su adicción, 66 (35,9%) habían estado en algún momento de su estancia en prisión en tratamiento, aunque en este momento no lo estaban, y 47 (25,5%) no habían recibido ningún tipo de tratamiento para su drogodependencia. De los 47 internos sin tratamiento: en 36 (76,6%) se había recogido en su historia clínica antecedentes de consumo de drogas al ingreso en prisión y en 23 (49%) también constaba que mantenían su consumo en prisión.

##### 4.10.1 Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM)

De los 184 fallecimientos por reacción aguda a sustancias psicoactivas encontramos que 133 (72,3%) no estaban incluidos en PMM, de los cuales 74 (40,2% del total) nunca había estado incluidos en PMM, 58 (31,5%) no se encontraban en programa desde hacía más de un mes y el caso restante (0,5%) había abandonado el tratamiento hacía menos de un mes.

Se encontraban en programa de mantenimiento con metadona 44 (23,9%) de los fallecidos, de los que 8 (4,3%) estaban en periodo de inducción (en la primera o segunda semana) y 36 (19,5%) desde hacía más de dos semanas. En 7 (3,8%) de los fallecimientos no constan datos.

<b>PMM</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>SÍ</b>	Periodo Inducción	<b>8</b>	<b>4,3%</b>
	Más de 2 semanas	<b>36</b>	<b>19,6%</b>
<b>NO</b>	NUNCA	<b>74</b>	<b>40,2%</b>
	Hace menos 1 mes	<b>1</b>	<b>0,5%</b>
	Hace más de 1 mes	<b>58</b>	<b>31,5%</b>
No consta		<b>7</b>	<b>3,8%</b>

##### 4.10.2. Tratamiento de desintoxicación

En cuanto a los tratamientos de desintoxicación, 7 de los fallecidos se encontraban en tratamiento para los síntomas o signos del síndrome de abstinencia, lo que supone el 3,8% del total de los fallecimientos por esta causa.

#### 4.10.3 Tratamiento de deshabitación

En relación a los tratamientos de deshabitación, de los 150 fallecidos de los que constan datos, 17 se encontraba en tratamiento para deshabitación de su drogodependencia en el momento de la defunción, 4 lo habían finalizado hacía menos de un mes, 54 hacía más de un mes y 75 no habían seguido nunca un tratamiento de deshabitación.

<b>Tratamiento deshabitación</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sí estaba en tratamiento		<b>17</b>	<b>9,2%</b>
NO	NUNCA	<b>75</b>	<b>40,8%</b>
	Hace menos 1 mes	<b>4</b>	<b>2,2%</b>
	Hace más de 1 mes	<b>54</b>	<b>29,3%</b>
No consta		<b>34</b>	<b>18,5%</b>

#### 4.11. Situaciones regimentales

De los datos referidos a distintas situaciones regimentales acontecidas en los 145 fallecimientos ocurridos bajo custodia de IIPP, en 77 (53,1%) se recogen una o varias de las situaciones regimentales siguientes: 50 internos tuvieron comunicación familiar o vis-vis en los 15 días previos a la defunción, 44 habían sido sancionados, bien por introducción o posesión de drogas (20) o por conflicto con otros internos (24), 9 internos habían disfrutado de permisos de salida en los 15 días previos y a 6 internos se les había aplicado en los últimos 6 meses el Art. 75 del R.P.

<b>Situaciones regimentales (*)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Permiso en los últimos 15 días	<b>9</b>	<b>6,2%</b>
Comunicación vis-vis en los últimos 15 días	<b>50</b>	<b>34,5%</b>
Sanción por introducción o posesión drogas en últimos 6 meses	<b>20</b>	<b>13,8%</b>
Sanción por conflicto con otros internos en últimos 6 meses	<b>24</b>	<b>16,6%</b>
Estaba en Artículo 75.R.P en el momento fallecimiento	<b>3</b>	<b>2,1%</b>
Había estado en Artículo 75 R.P en los últimos 6 meses	<b>3</b>	<b>2,1%</b>
Ninguna de las situaciones regimentales anteriores	<b>68</b>	<b>46,9%</b>

(\*) La suma es superior al 100% debido a que puede presentarse más de una situación regimental en cada persona.

#### **4.12. Fallecimientos en situación de permiso y asimiladas**

De los 184 fallecimientos 39 ocurrieron en el disfrute de un permiso de salida (33) o situaciones asimiladas (6), suponiendo casi la cuarta parte de los fallecidos (21,2%). El fallecimiento por envenenamiento accidental por drogas es la causa más frecuente de fallecimiento en situación de permiso, tal y como se viene observando en los últimos años. La tasa de fallecimiento por esta causa durante el disfrute de un permiso de salida entre los años 2007 a 2009 es cinco veces superior a la tasa de fallecimiento por la misma causa dentro del centro penitenciario.

Previamente al disfrute del permiso entre los fallecimientos ocurridos en situación de permiso o asimilada, observamos que casi la mitad de los fallecidos (46,1%) habían estado incluidos en PMM y hacía ya más de un mes que lo habían dejado. Por otra parte, más de la mitad había estado (35,9%) o estaba (15,4%) en tratamiento de deshabituación para su drogodependencia. Se puede señalar también que 5 fallecidos (12,8%) estaban en PMM y en tratamiento de deshabituación.

#### **4.13. Análisis toxicológicos de autopsia**

De los 145 fallecimientos por reacción adversa a sustancias psicoactivas ocurridos bajo custodia de IIPP entre 2007 y 2009, disponemos hasta el momento de la realización de este estudio, de 76 resultados (52,4%) en los que, cómo se viene poniendo de manifiesto en los informes anuales de mortalidad, se observa la presencia de metadona en fallecidos que no estaban incluidos en PMM. En casi las tres cuartas partes de los análisis se detectan benzodiazepinas, casi en la mitad heroína y en el 36,5% cocaína.

En general, no se observan cambios en los patrones de tóxicos detectados en estos tres años, aunque sería muy recomendable poder obtener la totalidad, o por lo menos la mayoría de los análisis toxicológicos realizados para analizar estos patrones.

En las tablas siguientes se detallan los resultados, con el número de análisis en los que aparece cada una de las sustancias, diferenciándose aquellos resultados de los fallecidos que no estaban incluidos en PMM (63) de los que sí se encontraban en este programa (13).

NO PMM		%
Heroína	39	29,5
Cocaína	19	14,3
<b>Benzodiazepinas</b>	43	32,5
<b>Metadona</b>	21	15,9
Otros fármacos	10	0,75

PMM		%
Heroína	1	3
Cocaína	4	12
<b>Benzodiazepinas</b>	12	36
Metadona	12	36
Otros fármacos	4	12

Cabe destacar que de los 21 fallecidos en los que se detectó metadona en el análisis toxicológico no estando en programa, 18 estaban en centros penitenciarios en cuya Comunidad Autónoma se dispensa la metadona en comprimidos.

## 5. DISCUSIÓN

No se han encontrado en la bibliografía revisada, estudios similares a este en los que se analicen las intoxicaciones ocurridas durante el internamiento en prisión, sin embargo, si son frecuentes los trabajos que describen este tipo de accidentes en poblaciones que acaban de abandonar recientemente el medio penitenciario. También hemos encontrado estudios en población general, donde la mayoría de las víctimas de sobredosis son de sexo masculino y de edad comprendida entre los 20 y los 40 años, con frecuencia en situación de marginalidad y sin techo, consumidores con mayor antigüedad y experimentados, que presentan gran dependencia<sup>6</sup><sup>7</sup>. Los estudios señalan que en estas poblaciones los incidentes no fatales de sobredosis son comunes: hasta dos tercios de los consumidores de heroína dicen haber experimentado sobredosis no fatales<sup>8</sup>. Se estima que por cada sobredosis que termina en muerte podrían producirse entre 20 y 25 sobredosis no mortales<sup>1</sup>. En el fallecimiento pueden influir diversos factores como son: el policonsumo, la vía de consumo, la comorbilidad, así como la disponibilidad de tratamiento y servicios de urgencias. El policonsumo es característico: en la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias drogas, predominando los opioides y la cocaína<sup>1</sup><sup>6</sup><sup>9</sup>. La presencia de metadona es significativa en los últimos años, pero se cree más probable que la muerte esté más relacionada con el consumo de metadona ilegal<sup>7</sup>. La combinación de heroína y otras drogas, que produce una toxicidad múltiple, sobre todo el alcohol y las benzodiazepinas, se considera un importante factor de riesgo en las sobredosis de heroína<sup>1</sup><sup>10</sup><sup>11</sup>. La mortalidad entre los consumidores de drogas por vía parenteral es cuatro veces más alta que la de los consumidores problemáticos por otras vías<sup>7</sup>. También puede provocar sobredosis la heroína fumada o inhalada, aunque el riesgo es

considerablemente menor<sup>6</sup>. Los problemas mentales, infecciosos y orgánicos pueden estar asociados al fallecimiento por sobredosis<sup>1</sup>. A pesar de que los estudios están de acuerdo en señalar que, en población general, el tratamiento de sustitución de opiáceos reduce el riesgo de muerte por sobredosis<sup>1</sup>, todos los años se notifican una serie de muertes asociadas a los tratamientos con metadona, la mayoría de ellas debido a un consumo irregular y no terapéutico. La tasa de mortalidad más elevada entre los consumidores de droga se observa en los 30 días posteriores al cese del tratamiento con metadona<sup>1</sup>. El riesgo de fallecer por sobredosis se multiplica por seis, en sujetos que acaban de salir de un programa de tratamiento en una Comunidad Terapéutica<sup>7</sup>.

Respecto a las personas que se encuentran en prisión, la tasa de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas es de 5 a 7 veces superior después de la salida de prisión (14,5 muertes por 1.000) que durante la custodia (2,7 muertes por 1.000)<sup>12 13</sup>. Durante las 2 primeras semanas tras la salida de prisión el riesgo de muerte entre los expresos es de 8 a 12,7 veces mayor que entre los residentes en la comunidad de la misma edad y sexo<sup>8 11 14 15</sup>. Hasta el 15 % de las muertes por sobredosis se producen entre personas que habían salido de la cárcel recientemente<sup>1</sup>.

En la actualidad la institución penitenciaria está haciendo un esfuerzo por desplegar actividades cada vez más diversas para evitar y tratar los comportamientos adictivos en prisión. Una prueba de ello, es la reciente publicación de la Circular 3/2011 que recoge el Plan de Intervención General en Materia de Drogas en la Institución Penitenciaria<sup>16</sup>, donde se describen actuaciones de reducción de la demanda y de reducción de la oferta de droga en prisión.

Una de las consecuencias indeseables de los hábitos adictivos son los accidentes por reacción adversa al consumo de sustancias psicoactivas, de los que, en la Coordinación de Sanidad Penitenciaria, se hace un especial seguimiento por parte del Área de Salud Pública. Con los datos obtenidos en este estudio se puede hacer un perfil de los fallecidos, estamos ante personas jóvenes, más del 60% se encuentran entre los 26 y los 40 años. Son prácticamente todos españoles. La gran mayoría están en situación de penados en segundo grado, y llama la atención que de manera estadísticamente significativa, presentan un mayor número de este tipo de incidentes, internos recientemente condenados y por tanto pendientes de clasificación. Esto hace pensar en un consumo abusivo propiciado por el deseo de contrarrestar la mala noticia de la condena. El accidente tiene lugar generalmente en una celda que el fallecido comparte con otro interno, quizá en el transcurso de una sesión en la que se busca una intoxicación compartida como manifestación de un acto social.

El típico perfil del interno intoxicado es el de un antiguo policonsumidor de drogas, en más del 60% de los casos de entre 6 y 20 años de abuso, cuyo consumo principal era la combinación de

heroína y cocaína. Únicamente en el 27,7% de los casos, la vía declarada en los antecedentes de consumo era la intravenosa. Los internos fallecidos, en su mayoría mantenían su consumo en prisión (85%). Respecto a las pautas de abuso se mezclan heroína, cocaína y benzodiazepinas en forma de policonsumos aunque rara vez de manera intravenosa (únicamente el 9% admitieron en su historia utilizar esa vía de manera regular en prisión). Uno de cada 5 internos fallecidos había sufrido con anterioridad episodios de sobredosis.

Respecto a la salud mental de los fallecidos, los perfiles no se diferencian de los de la población general penitenciaria, lo que confirma la hipótesis de que el fallecimiento no está relacionado con un trastorno mental, insuficientemente tratado o no descubierto. Ni parece consecuencia de algún síntoma relacionado con una patología mental. Si es cierto, que los sujetos intoxicados mantenían tratamientos con psicofármacos en mayor proporción que la media de la población penitenciaria, sobre todo tranquilizantes menores. Otra relación interesante de esta causa de fallecimiento en prisión es con el Programa de Mantenimiento con Metadona, menos de la cuarta parte de los fallecidos se encontraban en ese programa en el momento del accidente, por lo que la interacción entre el PMM y las reacciones adversas a sustancias psicoactivas no es consistente, si no más bien resulta protectora, especialmente si observamos los fallecimientos en el periodo de permiso. Los internos fallecidos que se encontraban en el momento del accidente en programas de desintoxicación o deshabituación son un porcentaje mínimo, menor del 5% y 10% respectivamente, probablemente por el menor número de usuarios en general de estos programas y por el propio perfil de adicción de estos internos.

En los resultados de los análisis toxicológicos practicados en las autopsias vemos que se repiten los mismos patrones, en cuanto a las sustancias detectadas, en los últimos años. Hay un predominio claro de metadona y benzodiazepinas, en un contexto de policonsumo. Casi en la mitad se detecta heroína y en más de un tercio cocaína. Es importante señalar que casi en el 40% de los análisis en los que se detecta metadona, ocurre en fallecidos que no estaban incluidos en dicho programa y de éstos casi el 90% en Comunidades Autónomas donde la metadona se dispensa en comprimidos, lo que hace suponer que resulta más fácil la introducción fraudulenta de la metadona al interior de la prisión en esta presentación. Por otra parte hacemos constar la dificultad en la obtención de los resultados toxicológicos y en todos los casos, la demora existente, que en ocasiones es mayor al año, lo que dificulta detectar los cambios en los patrones de consumo, en los fallecidos, con mayor agilidad.

Más del 50% de los internos se habían visto implicados en una situación que incluía entrada o tráfico de sustancias estupefacientes en el centro en los últimos 6 meses antes de la intoxicación y el 35% habían comunicado vis a vis en los últimos 15 días, sólo un 6% había tenido un permiso en los últimos 15 días. Es probable por tanto que las sustancias causantes de las intoxicaciones en

la mayor parte de estos incidentes hayan entrado en la prisión a través de las comunicaciones vis a vis.

Respecto a los fallecimientos durante una situación de permiso, encontramos que la tasa de mortalidad es cinco veces más alta, que la de fallecidos en prisión por la misma causa. En estos casos además el 46% de los internos acababan de dejar el PMM al salir de permiso, y más de la mitad (51,3%) acababan de terminar o estaban siguiendo un tratamiento de deshabitación de su toxicomanía. Se puede pensar que está desaconsejado en un perfil de adicción como el descrito, abandonar el PMM por su efecto protector de consumos, antes de conceder un permiso.

Por tanto, los perfiles encontrados en nuestra muestra orientan la hipótesis de una doble vía en la explicación de estas muertes: Por un lado las que se dan en el medio penitenciario, se corresponden con un interno con hábitos tóxicos antiguos, en una situación de consumo social que coincide con circunstancias propicias de disponibilidad de droga procedente de un vis a vis, de un permiso, de un alijo, y quizá con el deseo de olvidar noticias desagradables, se provoca una intoxicación accidental al mezclar varias sustancias depresoras del sistema nervioso central. Otro perfil es el que se observa en los permisos, un politoxicómano que ha dejado el PMM o se encuentra en un periodo de desintoxicación y deshabitación y por tanto con una tolerancia disminuida a los opiáceos, que probablemente se inyecta la misma dosis a la que estaba acostumbrado antes del periodo de abstinencia, lo que le provoca la intoxicación mortal. Tanto en un caso como en el otro, sería útil para prevenir este tipo de accidentes, dirigir una campaña de sensibilización e información sobre los riesgos del policonsumo simultáneo de sustancias depresoras del sistema nerviosos central y del peligro que supone el fenómeno del descenso de la tolerancia en los adictos a opiáceos y otros depresores, después de un tiempo de abstinencia.

## **6. RECOMENDACIONES**

- 1- El perfil del interno con mayor riesgo de fallecer por una intoxicación aguda por sustancias psicoactivas es el de un policonsumidor veterano, con más de 10 años de historia de abuso de drogas, que lo hace o lo ha hecho por diferentes vías, no necesariamente intravenosa, e incluso ha sufrido algún episodio previo de sobredosis. Es recomendable poner mayor atención en los internos que presentan estos perfiles a la hora de prevenir situaciones de riesgo de consumo tóxico.**
  
- 2- Los programas de tratamiento de las drogodependencias, tanto de deshabituación, como de mantenimiento con metadona, son protectores de este tipo de accidentes. Por este motivo deben ofrecerse periódicamente a los internos con estos perfiles, a pesar de la negativa reiterada que éstos suelen mantener. Es recomendable mantener activas las vías de comunicación para ofrecer estos tratamientos incluso a los internos más refractarios.**
  
- 3- Las sustancias implicadas en las intoxicaciones que acaban en fallecimiento provienen mayoritariamente del tráfico ilegal que se produce generalmente en las comunicaciones vis a vis. Se ha mostrado especialmente peligrosa la presentación de metadona en comprimidos, por la facilidad para el alijo, la imposibilidad de conocer la dosis del comprimido y el riesgo que supone su combinación con las benzodiacepinas de entrada ilegal. Es recomendable intensificar las medidas de reducción de la oferta, en especial en los centros de las CCAA donde exista este tipo de metadona, como Andalucía y Galicia.**
  
- 4- La protección que confieren los PMM en este tipo de accidentes, aconseja evitar que los internos que salgan en libertad o de permiso lo hagan justo en el momento en el que acaban de dejar este tipo de programas. Es recomendable que estos internos salgan de prisión con el PMM activo y lo abandonen, en su caso, cuando lleven ya algunos meses en libertad.**
  
- 5- La tolerancia física en los drogodependientes disminuye tras meses sin consumir drogas, o si lo hacen a una dosis o frecuencia menor de la que estaban acostumbrados. Esto produce un mayor riesgo de sobredosis, especialmente si se**

**produce un consumo combinado de diferentes drogas. Es recomendable diseñar campañas de información dirigidas a los internos para prevenir este riesgo.**

- 6- El tratamiento con benzodiazepinas es muy común en prisión y se encuentran de manera constante entre las sustancias presentes en las intoxicaciones graves. Es recomendable revisar las indicaciones de este tipo de tratamientos, además de evitar su entrada ilegal, para evitar que sean consumidas de manera inadecuada por sujetos con riesgo de sufrir intoxicaciones agudas que pongan en riesgo su vida.**
  
- 7- Fomentar los tratamientos de deshabituación a sustancias psicoactivas en los sujetos que ingresan en prisión, en especial los que presentan adicción a benzodiazepinas.**
  
- 8- Identificar tempranamente aquellos pacientes con riesgo de sufrir intoxicaciones agudas, para hacer un seguimiento estrecho en esos internos de todos los factores que pueden contribuir a reducir los riesgos de esa intoxicación.**

## 7. ANEXO.

### MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DE CASO

CENTRO PENITENCIARIO DE	
-------------------------	--

#### 1.- IDENTIFICACIÓN del interno fallecido

Nombre y apellidos:		N.I.S.:	
---------------------	--	---------	--

Sexo:	Hombre	Mujer	Nacionalidad:	Español	Extranjero	País	
-------	--------	-------	---------------	---------	------------	------	--

Situación:	Preventivo	Penado	Clasificación:	1º grado	2º grado	3º grado
------------	------------	--------	----------------	----------	----------	----------

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	
-----------------------------------	--

Fecha del primer ingreso en prisión (dd/mm/aaaa):	
---	--

Fecha del ingreso en este centro (dd/mm/aaaa):	
--	--

#### 2.- FALLECIMIENTO

Fecha (dd/mm/aaaa)	
--------------------	--

Hora (hh/mm)					(indicar la aproximada)
--------------	--	--	--	--	-------------------------

#### Lugar (marcar la casilla que proceda):

<input type="checkbox"/>	1. Fue encontrado fallecido en su celda
<input type="checkbox"/>	2. Fue trasladado a enfermería, donde falleció
<input type="checkbox"/>	3. Fue encontrado en sobredosis y trasladado a hospital, donde falleció
<input type="checkbox"/>	4. Fue encontrado en sobredosis, trasladado a hospital, y reingresó al centro, donde falleció
<input type="checkbox"/>	5. Estaba de permiso o situación similar (comunidad terapéutica extrapenitenciaria, medios telemáticos, ...)
<input type="checkbox"/>	6. Otro. Especificar:

#### Celda (marcar las que procedan):

	SI	NO
Compartía celda con otro/s interno/s		
Se encontraron jeringuilla/s del PIJ		
Se encontraron jeringuilla/s que no eran del PIJ		
Se encontraron pipas y/o papel de aluminio		
Se encontraron drogas y/o pastillas susceptibles de abuso		
Se encontró nota o escrito de despedida (posible suicidio)		

Indicar cualquier otra circunstancia que se considere relevante:

--

#### 3.- ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS

Al ingreso en prisión era consumidor (consumía en libertad):	NO	SÍ	NS/NC
--	----	----	-------

Si afirmativo, indicar la/s droga/s de consumo:

	SI	NO	AÑO
Heroína			
Cocaína			
Benzodiazepinas			
Alcohol			

Al ingreso en prisión era consumidor por vía intravenosa:	NO	SÍ	NS/NC
---	----	----	-------

Si afirmativo, indicar la/s droga/s de consumo:

	SI	NO
Heroína		
Cocaína		
Benzodiazepinas		
Alcohol		

	SI	NO	NS/NC
En prisión, era consumidor por vía intravenosa			
Había sufrido episodios previos de sobredosis			

**4.- DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS**

Presentaba <b>PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA</b>	NO	SÍ
--	----	----

Especificar diagnóstico/s principal/es:

--

Estuvo en <b>Programa Prevención Suicidios</b> en los últimos 6 meses	SI	NO
---	----	----

Se <b>autolesionó</b> en los últimos 6 meses	SI	NO	Nº VECES
--	----	----	----------

	SI	NO	NS/NC
Estaba en tratamiento con <b>benzodiazepinas</b>			
Estaba en tratamiento con <b>neurolépticos</b>			
Estaba en tratamiento con <b>antidepresivos</b>			
Estaba en tratamiento con <b>otros psicofármacos</b>			
Consumía <b>psicofármacos no prescritos</b>			

Observaciones:

--

**5.- TRATAMIENTO CON METADONA**

	SI	NO
<b>Nunca ha estado en tratamiento</b> con metadona		
Había estado en tratamiento y <b>hacia menos de 1 mes</b> que no estaba en tratamiento		
Había estado en tratamiento y <b>hacia más de 1 mes</b> que no estaba en tratamiento		
<b>Sí, estaba en tratamiento en período de inducción (1ª – 2ª semana)</b>		
<b>Sí, estaba en tratamiento más de 2 semanas</b>		
<b>Ns / Nc</b>		
En caso afirmativo, señalar la dosis		
< 60 mg		
Entre 60 y 100 mg		
> 100 mg		

**6.- TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN (tratamiento de los signos y síntomas de síndromes de abstinencia)**

	SI	NO
El interno estaba en tratamiento de <b>desintoxicación</b>		

**7.- TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN**

Nunca ha estado en tratamiento		
Había estado en tratamiento y <b>hacia menos de 1 mes</b> que no estaba en tratamiento		
Había estado en tratamiento y <b>hacia más de 1 mes</b> que no estaba en tratamiento		
<b>Sí, estaba en tratamiento</b> de deshabituación		

**8.- PERMISOS DE SALIDA en los 15 días anteriores a la fecha del fallecimiento**

	SI	NO
El interno <b>fallecido</b> había estado de permiso		
El <b>compañero de celda</b> había estado de permiso		

**9.- COMUNICACIÓN FAMILIAR o VIS a VIS en los 15 días anteriores a la fecha del fallecimiento**

	SI	NO
El interno <b>fallecido</b> había comunicado		
El <b>compañero de celda</b> había comunicado		

**10.- CUESTIONES REGIMENTALES**

	SI	NO
<b>Faltas por introducción o posesión de drogas</b> (Art. 109 – f RP) en los últimos 6 meses	El interno había sido sancionado o en proceso de sanción	
	El <b>compañero de celda</b> había sido sancionado o en proceso de sanción	

Faltas por conflictos con otros internos (Arts. 108 – c y/o 109 – d) en los últimos 6 meses	El interno había sido sancionado o en proceso de sanción		
	El compañero de celda había sido sancionado o en proceso de sanción		
Art. 75 del Reglamento Penitenciario	El interno fallecido estaba en art. 75 del RP		
	El interno fallecido había estado en art. 75 del RP en los últimos 6 meses		

**11.- OBSERVACIONES** Mencionar cualquier circunstancia o dato de interés que se considere relevante (Incremento de sobredosis atendidas en los últimos 6 meses, incremento de requisas de drogas, exceso de oferta de drogas, falta de información sobre riesgos de drogas,

Fecha: ..... Notificador: .....

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Informe Anual 2009. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT-EMCDDA). (39-40), (95-101). <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/seipad/internacional.htm> (Consulta Abril 2011).
- <sup>2</sup> Mortalidad en Instituciones Penitenciarias 2009. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Documento Interno.
- <sup>3</sup> Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en IIPP (ESDIP), 2006. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf> (Consulta Abril 2011).
- <sup>4</sup> Memoria 2009. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Documento Interno
- <sup>5</sup> Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario, diciembre 2006. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Documento Interno
- <sup>6</sup> Drogas en el punto de mira nº 13. Observatorio Europeo de las drogas y toxicomanías (OEDT-EMCDDA), 2004. <http://es.scribd.com/doc/7322701/INFORME-ANUAL-2005Observatorio-Europeo-de-las-Drogas-y-Toxicomanias> (Consulta Abril 2011)
- <sup>7</sup> Pereiro Gómez C, Bermejo Barrera A, López de Abajo B. Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras consumo de opiáceos a la muerte asociada al policonsumo. *Adicciones* (2005), Vol. 17, Supl. 2.
- <sup>8</sup> Fischer B, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, Nady el-Guebaly, Noël L, Rehm J, Tyndall M, Wild C, Mun P, Haydon E, Baliunas D. Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in 5 Canadian cities. *Canadian Medical Association Journal* AUG. 3, 2004; 171 (3).
- <sup>9</sup> Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2005. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2007. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (133-153). <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf> (consulta Abril 2011)
- <sup>10</sup> Quaglio G, Talamini G, Lugoboni F, Lechi A, Venturini I, GICS, Mezzelani P. Causas principales de muerte entre 2.708 heroínómanos del noreste italiano (1985-1998). *Adicciones* (2002) Vol 14 Num 3 (393-403).
- <sup>11</sup> Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. World Health Organization – Regional Office for Europe, 2010. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/114914/E93993.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf) (Consulta Abril 2011)
- <sup>12</sup> Kariminia A, Butler TG, Corben SP, Levy MH, Grant L, Kaldor JM and Law MG. Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners 1988 to 2002: a data-linkage study. *International Journal of Epidemiology* 2007, 36:310–316.
- <sup>13</sup> Bird SM, Hutchinson SJ. Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996-99. *Addiction*. 2003 Feb; 98(2):185-190.
- <sup>14</sup> Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, Koepsell TD. Release from prison, a high risk of death for former inmates. *The New England Journal of Medicine* (2007); 356:1785-1787, Apr 26, 2007.
- <sup>15</sup> Seaman SR, Brettell RP, Gore SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *BMJ* 1998; 316:426-428 (7 February).
- <sup>16</sup> Circular I/3/2011 Plan de Intervención General en Materia de Drogas en la Institución Penitenciaria . Documento Interno.